État des lieux de la pratique des sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris concernant l'accouchement du siège

Lya Walpole

▶ **To cite this version:**

Lya Walpole. État des lieux de la pratique des sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris concernant l'accouchement du siège. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03351954

HAL Id: dumas-03351954

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03351954

Submitted on 22 Sep 2021

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de santé

UFR de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 20 mai 2021

Par

Lya WALPOLE

Née le 03 Mars 1998

Etat des lieux de la pratique des sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris concernant l'accouchement du siège

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Christèle Verot	Sage-femme enseignante, école Baudelocque

JURY :

Mme Adèle Poincare	Sage-femme, Kremlin-Bicêtre
M Le Professeur Jacques Lepercq	Gynécologue Obstétricien, Port Royal
Mme Isabelle Monier	Sage-femme, Antoine Béclère et chercheuse en épidémiologie

Mémoire N°: 2021PA05MA37

© Université de Paris – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Christèle Vérot pour son soutien, sa disponibilité et son aide précieuse, sans qui tout ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Je remercie également les deux sages-femmes ayant accepté de tester mon questionnaire et l'ensemble des sages-femmes qui ont pris le temps d'y répondre, sans leur collaboration ce mémoire de fin d'études n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de l'intérêt que vous y portez.

Je remercie l'ensemble de ma promotion avec qui j'ai passé quatre années d'études remplies de souvenirs.
Je tiens particulièrement à remercier ma Décadence, de vraies amies avec qui j'ai passé des moments de folie unique. Une amitié qui n'en est qu'à ses débuts.

Je remercie également mon chéri d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue à chaque étape tout au long de mes études.

Enfin je tiens à remercier l'ensemble de ma famille qui n'a jamais douté de mes capacités à devenir une bonne sage-femme et ma grand-mère de m'avoir toujours soutenue.
Merci à mes frères de m'avoir supportée tout au long de ces études et de m'avoir déchargée de nombreuses tâches afin de pouvoir me consacrer entièrement à mes études.
Merci à mes parents de m'avoir poussée à faire ce métier qui me tenait tant à cœur, c'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui et je ne vous remercierai

jamais assez pour cela.

Résumé

Contexte : L'accouchement du siège fait partie des compétences de la sage-femme. Cette présentation réputée à risque nécessite l'acquisition et le maintien de compétences afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Objectif : L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la pratique des sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) concernant l'accouchement du siège.

Matériel et méthode : Cette étude quantitative, multicentrique a été menée de manière descriptive à l'aide d'un questionnaire anonyme de type Microsoft Forms, entre octobre 2020 et janvier 2021.

Résultats : Les 171 réponses permettent d'analyser la pratique de 30.5% des sages-femmes de l'AP-HP. A la fin de formation initiale les sages-femmes sont en mesure de maitriser d'un point de vue théorique l'accouchement physiologique du siège et des manœuvres associées. La formation clinique initiale est majoritairement basée sur l'observation. Parmi les sages-femmes interrogées, 52% n'ont jamais pratiqué cet accouchement dont 12.3% qui n'ont jamais eu l'occasion d'en pratiquer, avec une différence de pratique entre les maternités de type 2 et 3. Bien que 89% de la population estime que le thème de l'accouchement du siège serait pertinent à aborder en formation continue, seul 11.7% en ont suivi. Enfin, la majorité de la population d'étude souligne que la sage-femme devrait avoir une place plus centrale dans l'accouchement du siège tout en précisant l'importance de la pratique pour tous les professionnels susceptibles de prendre en charge l'accouchement du siège.

Conclusion : Notre étude montre l'importance de l'acquisition et du maintien de compétence concernant l'accouchement du siège, ainsi que l'importance de la pratique clinique dans la formation initiale et continue.

Mots-clés : Sages-femmes, manœuvre du siège, formation initiale, formation continue, acquisition et maintien des compétences.

Abstract

Context : The breech delivery is part of the midwife's skills. This reputed presentation at risk requires the acquisition and maintenance of skills to ensure quality and safety of care.

Objectif : The objective of this study was to make an inventory of the practice of midwives in the Public Assistance of the Hospitals of Paris (AP-HP) concerning the breech delivery.

Material and method : This quantitative, multi-centre study was conducted in a descriptive manner using an anonymous Microsoft Forms questionnaire, between October 2020 and January 2021.

Results : The 171 responses allow to analyze the practice of 30.5% of midwives of AP-HP. At the end of initial training midwives are able to master from a theoretical point of view the physiological breech delivery and the associated maneuvers. Initial clinical training is mostly based on observation. Among the midwives questioned, 52% have never performed this childbirth, including 12.3% who have never had the opportunity to do so, with a difference in practice between type 2 and type 3 maternity hospitals. Although 89% of the population believe that the topic of the breech birth would be relevant to address in continuing education, only 11.7% have followed. Finally, the majority of the study population underlines that the midwife should have a more central place in breech birth while specifying the importance of the practice for all professionals likely to take charge of the breech delivery.

Conclusion : Our study shows the importance of acquiring and maintaining competence concerning the breech delivery, as well as the importance of clinical practice in initial and continuing education.

Keywords : Midwives, maneuvering of the seat, initial training, continuing training, acquisition and maintenance of skills

Table des matières

Remerciements 2

Résumé 3

Abstract 4

Liste des tableaux 8

Liste des figures 9

Liste des annexes 10

Introduction 11

1. Le siège 11

1.1. La présentation du siège 11

1.2. Risques inhérents à l'accouchement du siège 11

1.3. Les recommandations pour la pratique de l'accouchement du siège 12

2. La profession de sage-femme 14

2.1. Evolution des compétences 14

2.2. L'exercice clinique et les compétences actuelles des sages-femmes 15

2.3. Formation initiale : Théorique, pratique et clinique 17

3. La compétence 19

3.1. Définition d'une compétence 19

3.2. Construction d'une compétence 20

3.3. Maintien d'une compétence 20

Première partie Matériels et méthodes 22

1. Problématique 22

2. Objectifs et hypothèses de l'étude 22

2.1. Objectif principal 22

2.2. Objectifs secondaires 22

2.3. Hypothèses 22

3. Type d'étude et population d'étude 23

4. Méthodologie 23

4.1. Outil d'étude 23

4.2. Construction du questionnaire 23

4.3. Test 24

4.4. Diffusion et relance 24

5. *Variables retenues* ... 25
5.1. Formation initiale ... 25
5.2. Expérience et maintien des compétences ... 26
5.3. Ressenti et positionnement ... 27
5.4. Caractéristiques personnelles et professionnelles ... 28
6. *Stratégie d'analyse* ... 28
Deuxième partie Résultats ... 30
1. *Description générale de la population d'étude* ... 30
2. *Flow chart* ... 31
3. *Formation initiale* ... 32
3.1. Formation théorique ... 32
3.2. Formation pratique ... 32
3.3. Formation clinique ... 34
3.4. Sentiment de compétence ... 34
4. *Formation continue* ... 37
4.1. Connaissance des dernières recommandations ... 38
4.2. Pratique des sages-femmes ... 39
5. *Ressenti vis-à vis de la pratique* ... 41
5.1. Assurance des sages-femmes ... 41
5.2. Influence de l'expérience ... 43
6. *Place de la sage-femme au cours de l'accouchement du siège* ... 45
6.1. Opérateur de l'accouchement voie basse du siège ... 46
Troisième partie Discussion ... 48
1. *Population d'étude* ... 48
2. *Formation initiale* ... 48
2.1. Formation théorique: Cours magistraux ... 48
2.2. Formation pratique : Simulation basse et haute fidélité ... 49
2.3. Formation clinique ... 51
3. *Formation continue* ... 54
3.1. Recommandation ... 54
3.2. Formation pratique ... 54
3.3. Pratique clinique ... 55
4. *Ressenti et positionnement des sages-femmes* ... 57
4.1. Ressenti concernant la pratique de l'accouchement du siège ... 57
4.2. Vision des sages-femmes à propos de leur place au cours de l'accouchement du siège ... 59
5. *Forces et limites de l'étude* ... 60

5.1. Forces de l'étude ... 60
5.2. Limites et biais de l'étude ... 60
6. Propositions ... 61
6.1. Formation initiale ... 61
6.2. Formation continue ... 63
Conclusion ... 64
Bibliographie ... 67

Annexes 70

1. *Questionnaire* *71*
2. *Manœuvres de l'accouchement du siège* *78*

Liste des tableaux

Tableau 1 Nombre de suivi de travail effectué menant à l'accouchement voie basse du siège et le nombre d'accouchement du siège pratiqué depuis le diplôme..... 40

Liste des figures

Figure 1: Flow Chart....31
Figure 2:Nombre de travaux pratiques effectués....32
Figure 3 : Nombre de séances de simulation basse fidélité effectuées....33
Figure 4: Pratique au cours de la formation initiale....34
Figure 5 Sentiment de compétence à l'obtention du diplôme....35
Figure 6 Facteurs influençant le sentiment de compétence à l'obtention du diplôme....36
Figure 7 Raisons d'absence de participation des sages-femmes à une formation continue....38
Figure 8 Type de maternité et pratique des sages-femmes....39
Figure 9 Accouchement du siège réalisé depuis le diplôme par rapport aux opportunités de pratique....40
Figure 10 Assurance à l'heure actuelle pour la réalisation de l'accouchement et des manœuvres42
Figure 11Influence de l'expérience sur le ressenti de la pratique....43
Figure 12 Influence de l'âge sur la pratique....44
Figure 13 Rapport entre le type de maternité et l'opérateur de première intention....46
Figure 14 Rapport entre le type de maternité et les modalités de décision de l'opérateur....47

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Manœuvre de l'accouchement du siège

Introduction

1. *Le siège*

1.1. La présentation du siège

La présentation du siège se définit comme une présentation longitudinale dont l'extrémité pelvienne du fœtus se situe au niveau du détroit supérieur du bassin maternel et l'extrémité céphalique du fœtus au niveau du fond utérin.

Physiologiquement au cours du 7e mois de grossesse, la modification de la forme de l'utérus et la formation du segment inférieur permettent, selon la loi de Pajot, que le fœtus effectue une version spontanée en présentation céphalique. Le fœtus reste en présentation du siège lorsqu'il y a un défaut d'accommodation dont les origines peuvent être fœtales, maternelles ou ovulaires.

En France cette présentation concerne 3% des accouchements à terme. Parmi eux, environ 5% sont dits des sièges « inopinés » c'est-à-dire découverts pendant le travail.(1)

1.2. Risques inhérents à l'accouchement du siège

La présentation est théoriquement eutocique car les diamètres de présentation fœtale sont compatibles avec les diamètres de la filière pelvi génitale. Pour autant la présentation du siège est considérée comme une présentation dystocique.

En effet trois accouchements se succèdent, le siège, les épaules puis la tête et contrairement à celui en présentation céphalique, il n'y a pas de possibilité d'accommodation du pôle céphalique. Les critères d'acceptabilité de la voie basse sont donc beaucoup plus stricts avec une évaluation de la confrontation des biométries fœtales et du bassin maternel et la vérification de l'absence de déflexion de la tête fœtale. Il faut également s'assurer de l'accord et de la coopération de la patiente car l'accouchement dans de bonnes conditions nécessite que la patiente soit active lors de

l'expulsion. L'équipe obstétricale doit également bien maitriser la mécanique du siège (pour ne pas induire de dystocie) et les gestes de prise en charge en cas de dystocie avérée.

Des difficultés mécaniques lors de l'expulsion surviennent dans environ 5% des accouchements voie basse du siège à terme, majoritairement associées à une perte des axes de progression(2). Les risques sont le relèvement des bras, la rétention tête dernière et que le dos du fœtus tourne en arrière ce qui induit un risque d'accrochage du menton sous la symphyse pubienne.

1.3. Les recommandations pour la pratique de l'accouchement du siège

La perception de l'accouchement en présentation du siège a évolué au cours du temps.

En effet en 2000 les conclusions de l'essai « Breech Term Trial » de Marie Hannah mené dans 26 pays étaient en faveur de la césarienne programmée, qui diminuait selon l'étude de façon significative la mortalité périnatale, néonatale et la morbidité néonatale sévère.(3)
Cependant la validité de cette étude a rapidement été mise en cause et les conclusions de l'essai considérées comme non généralisables. Néanmoins cette publication a fortement influencé les pratiques car 92% des centres ayant participé à l'essai ont mis en place un protocole de césarienne programmée.

Les conclusions de l'essai Hannah ont notamment été remises en cause par l'étude Premoda menée de 2001 à 2002 dans des maternités françaises et belges(4).
Cette étude a montré l'absence de différence significative entre la tentative de voie basse et la césarienne programmée concernant la morbidité et la mortalité néonatale lorsque les conditions d'accouchement voie basse sont respectées. Dans cette étude, une tentative de voie basse est réalisée pour un tiers de ces femmes (Niveau de preuve 3) avec un taux de succès de 70 % (Niveau de preuve 3).(4)

L'accouchement d'une présentation du siège étant considéré comme eutocique les

recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) de 2012 indiquent que « La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. »(5). Mais le risque de dystocie nécessite une vigilance accrue au moment de l'accouchement.

Selon les dernières recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) pour la pratique clinique de l'accouchement du siège parues en février 2020 « la morbi-mortalité périnatale après 37 SA en cas de présentation par le siège semble plus importante qu'en cas de présentation céphalique, toutes voies d'accouchement confondues (Niveau de preuve 3) ». Néanmoins « En cas de tentative de voie basse sur une présentation du siège à terme, le risque de mortalité périnatale est aux alentours de 1 ‰ (Niveau de preuve 3)». (1)

L'étude Premoda rapporte 35% d'accouchement voie basse sans intervention contre 30% de manœuvre systématique (4). Les recommandations du CNGOF de 2020 précisent que « les données disponibles sont insuffisantes pour recommander soit l'expulsion spontanée sans intervention, soit la réalisation systématique de manœuvres »(1).

La réalisation, au cours de l'accouchement du siège des manœuvres de Lovset, Mauriceau et Bracht de manière systématique, a plusieurs objectifs : maintenir la dextérité nécessaire pour permettre d'assurer un accouchement en toute sécurité et raccourcir la phase expulsive. La pratique systématique des manœuvres obstétricales permet un entretien des compétences dans des situations non dystociques et non urgentes. Les manœuvres sont alors plus aisées à réaliser, ce qui permet de bien comprendre la mécanique de l'accouchement et des manœuvres. D'autre part, l'opérateur acquiert de l'expérience ce qui induit une pratique plus assurée et de meilleurs repères en situation de dystocie.

Les dernières recommandations précisent que le risque de dystocie et de survenue d'une mauvaise issue néonatale implique la présence d'un gynécologue obstétricien expérimenté à l'accouchement ainsi que la disponibilité immédiate d'un pédiatre et d'un anesthésiste. Mais elles n'émettent pas de consignes concernant l'opérateur de l'accouchement et des manœuvres obstétricales.(1)

2. *La profession de sage-femme*

2.1. Evolution des compétences

La profession de sage-femme a évolué au fil des siècles, elle a été tour à tour « donneuse de vie », « druidesse », « matrone ». Pendant des siècles sa formation reposait sur l'apprentissage pratique dans le compagnonnage et la transmission orale. Ainsi « Jusqu'au XVIème siècle, aucun texte, ne permet de parler d'une organisation spécifique de la profession des sages-femmes. A cette période, la plupart du temps, les sages-femmes étaient traitées à l'égal des chirurgiens et considérées comme tels ».(6)

En 1609, Louise Bourgeois sage-femme, a rédigé le premier livre de «Bon conseil aux sages-femmes ». Elle décrit dans cet ouvrage, les différents types de présentation du fœtus associés à une conduite à tenir. Elle est également la première à identifier la présentation de la face, à détailler la prise en charge de la procidence du cordon tout en ayant connaissance de la dystocie des épaules.
A cette époque ce sont les sages-femmes qui prenaient en charge les accouchements dystociques et qui les ont décrits.(6)

Ce n'est qu'à partir de 1630 qu'une formation a émergé pour les sages-femmes à l'Hôtel-Dieu de Paris. Les étudiantes assistaient à des centaines d'accouchements et toutes étaient tenues d'assister aux accouchements dystociques pour en tirer des leçons et acquérir de l'expérience.(6)
La maternité de l'Hôtel-Dieu était sous la direction d'une maitresse sage-femme qui utilisait les instruments dans le cas d'accouchements dystociques. Au XVIIème siècle les chirurgiens venaient s'y perfectionner toujours sous l'autorité de la maitresse sage-femme. A cette époque « Les véritables obstétriciennes étaient les maîtresses sages-femmes, notamment de la Maternité de Paris. ».(6)

Au cours du XVIIIème siècle, Angélique du Coudray maitresse sage-femme de Paris a

révolutionné l'art de l'accouchement. Elle publie en 1759 l'« Abrégé de l'Art des accouchements », manuel qu'elle n'a eu de cesse d'améliorer avec une deuxième édition parue en 1769, comportant des planches illustrées sur les manœuvres de l'accouchement.

Elle a également développé en 1778 le premier mannequin d'obstétrique grandeur nature appelé la « Machine ». A une époque où le taux de mortalité maternelle et néonatale était élevé, son objectif était de prévenir les erreurs liées à des accoucheuses ignorantes et d'enseigner aux sages-femmes, médecins et chirurgiens un art que les hommes ne connaissaient pas. Elle marque la naissance de la simulation dans le domaine de la santé. Elle a été, de part ses outils pédagogiques révolutionnaires, une actrice importante de la diminution de la mortalité infantile en France.(7)

Progressivement les chirurgiens ont revendiqué leur intervention dans la pratique des accouchements dystociques et parallèlement la règlementation de la profession de sage-femme s'est mise en place au cours du XVIIIème siècle. En effet « Le code administratif de 1824 stipule à l'article 3008 que la maîtresse sage-femme à l'Hospice de la Maternité sera chargée du service ordinaire des accouchements. Dans tous les cas graves, elle appellera le chirurgien en chef et s'aidera de ses lumières »(6). La loi interdisant l'usage des instruments aux sages-femmes n'a été proclamée qu'en 1892. Cette loi a également défini les conditions d'exercice et les limites de la profession de sage-femme.(6)

Au cours du 20e siècle, la formation initiale a évolué. De nombreuses écoles ont été créées et en 1973, pour la première fois les études de sage-femme sont indépendantes des études infirmières. La profession de sage-femme s'est ouverte aux hommes en 1982 (8). La durée minimale de la formation passe à 5 ans avec l'intégration de la première année de médecine en 2003.

Il faut également noter que le champ des compétences des sages-femmes s'est particulièrement élargi autour de la périnatalité et de la gynécologie depuis la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du 21 juillet 2009.(9)

2.2. L'exercice clinique et les compétences actuelles des sages-femmes

Aujourd'hui les sages-femmes exercent une profession médicale à compétences définies par le Code de la Santé publique.

D'après l'article L4151-1 du code de santé publique « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. ».(10)

L'article L4151-3 du code de santé publique indique également qu'« En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques ».(11)

Il existe huit compétences type de la profession de sage-femme selon le référentiel du métier et des compétences des sages-femmes dont le diagnostic, le suivi de travail et la réalisation de l'accouchement.(12)
Les sages-femmes ont un rôle central en salle de naissance en collaboration avec différents professionnels de santé et notamment les obstétriciens en cas de situation pathologique. Ainsi dans un esprit de développement personnel, de responsabilité professionnelle et de coopération interprofessionnelle la sage-femme développe également des compétences transversales comme la communication, la responsabilité, l'organisation ou encore la collaboration.(12)

Concernant l'accouchement du siège, dans le référentiel du métier et des compétences des sages-femmes, la pratique de l'accouchement du siège et des manœuvres obstétricales fait parti des savoir-faire techniques et des gestes professionnels que les sages-femmes doivent maitriser à la fin de la formation initiale. (12)

En France, l'accouchement du siège et les manœuvres obstétricales font donc parti des compétences des sages-femmes.

Ce n'est pas le cas pour toutes les sages-femmes européennes qui ne disposent pas de cette compétence de la pratique de l'accouchement du siège voie basse et des manœuvres associées.

La sage-femme est autorisée à réaliser l'accouchement du siège en dehors d'une situation d'urgence en Croatie, Finlande, France, Pologne, Royaume uni, Slovénie et Suède.
Elle est autorisée à le pratiquer uniquement en cas d'urgence vitale en Irlande, au Pays-Bas et au Luxembourg(13).

L'article 42, de la directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, relatif à l'exercice des activités professionnelles de sage-femme, précise que les Etats membres de l'Union Européenne veillent à ce que les sages-femmes soient au moins habilitées à pratiquer l'accouchement du siège en cas d'urgence.(14)

La pratique de l'accouchement du siège en dehors d'une situation d'urgence n'est donc pas une compétence pratique pour toutes les sages-femmes européennes. Elles sont cependant toutes censées savoir le pratiquer en cas d'urgence liée au risque de dystocie associée. (15)
Comme elles sont susceptibles de prendre en charge l'accouchement du siège surtout dans les cas d'urgence, elles doivent être formées afin d'être compétentes pour assurer une prise en charge optimisée et d'effectuer l'accouchement en toute sécurité.

2.3. Formation initiale : Théorique, pratique et clinique

Le référentiel de formation des étudiant.e.s sages-femmes s'appuie sur le référentiel du métier et des compétences des sages-femmes.(12)

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme précise que les études doivent comporter un enseignement sur la présentation du siège avec les voies d'accouchements, les manœuvres obstétricales et les complications. Les principales modalités d'acquisition énoncées sont les stages, les travaux pratiques, les enseignements théoriques et les observations cliniques.(16)

Ainsi les professionnelles en formation abordent la présentation du siège en cours théoriques concernant la mécanique obstétricale du siège, l'accouchement en présentation du siège et les dystocies qui peuvent survenir.

Ces enseignements sont renforcés par des travaux pratiques et de la simulation basse fidélité reprenant la mécanique obstétricale et la réalisation des manœuvres de Vermelin, Lovset, Mauriceau et Bracht.

La HAS en 2012 définit la simulation comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels»(17).

Il existe deux types de simulation. La simulation basse fidélité qui consiste à enseigner des gestes techniques et la simulation haute-fidélité avec la mise en place d'un scénario qui permet l'acquisition des techniques en immergeant l'apprenant dans une situation réelle.

L'objectif de la simulation haute-fidélité n'est pas centré sur l'apprentissage des gestes techniques mais plutôt sur le développement des compétences « non techniques » comme le travail d'équipe et l'organisation. Elle permet également de plonger les apprenants dans des situations anxiogènes pour les aider à appréhender les situations à risques avec plus de sérénité.

Le but de la simulation haute-fidélité est également de renforcer les compétences cognitives comme l'attention, le jugement ou encore l'autocritique, qui permet d'être conscient de ses difficultés et de s'améliorer par la suite.

Enfin la formation initiale repose sur la pratique clinique lors des stages.

Comme énoncé dans l'article 9 de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études de sage-femme, les stages permettent aux étudiant.e.s de développer des compétences professionnelles mais également des compétences transversales comme le travail en équipe tout en s'inscrivant dans une démarche clinique. Selon cet article les stages permettent également à l'étudiant.e de développer une autonomie, une capacité

d’adaptation ainsi qu’une approche réflexive autour de situations cliniques variées(16).

Les stages débutent dès la première année de formation soit en deuxième année de licence. Les deux premières années du cursus sage-femme sont axées sur la physiologie et la quatrième et cinquième années d’études sont plus orientés sur la pathologie.

Les étudiant.e.s sages-femmes effectuent au minimum 6 stages de 4 semaines en salle de naissance au cours de la formation, sachant qu'un stage de 4 semaines est composé de 12 gardes.
Il y a une évolution de la place de l'étudiant.e sage-femme qui est de plus en plus autonome au fur et à mesure de la formation. En effet la pratique des accouchements par les étudiant.e.s sages-femmes commence à quatre mains pour finir en autonomie complète pendant le stage préprofessionnel à la fin du cursus.

Concernant la présentation du siège, les stages en salle de naissance au cours de la formation initiale permettent de pratiquer l'accouchement à quatre mains et en autonomie, afin de concrétiser l'acquisition de la compétence en condition réelle.
Sachant que d'après l'article R.4127-304 du code de la santé publique « Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs. »(18).

3. *La compétence*

La pratique clinique est un élément fondamental à l'acquisition d'une compétence qui ne s'acquiert pas seulement à travers la théorie, en effet « Il s'agit d'être compétent et pas seulement d'avoir « des compétences »»(19).

3.1. Définition d'une compétence

Une compétence résulte d'une combinaison de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être ce qui permet d'agir de manière adaptée face à une situation donnée. Elle repose donc sur l'intégration en mémoire d'un savoir-agir.

Etre compétent est cependant différent du fait d'avoir des compétences. En effet être compétent c'est « mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport

aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources » », contrairement au fait d'avoir des compétences qui consiste à avoir des ressources comme des connaissances ou des savoir-faire (12).

Les ressources sont donc des conditions nécessaires au fait d'être compétent mais ne sont pas seules suffisantes pour être reconnu comme compétent sans leur réelle mise en application.

Ainsi « La « compétence médicale » repose d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir à priori en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité »(19).

3.2. Construction d'une compétence

Une compétence résulte d'une construction en plusieurs étapes qui nécessite de partir d'une situation simple pour ensuite évoluer vers des situations plus complexes. Cela permet aux apprenants de construire des connaissances qui leur permettent de s'adapter à une situation.(20)

Pour devenir compétent un professionnel doit acquérir des connaissances théoriques et pratiques, développer un savoir-faire relationnel avec les patients et un savoir-faire de coopération avec les différents professionnels de santé. Une fois les ressources acquises il devra les mettre en application dans différents types de situations.

La qualité de la compréhension des apprentissages est fondamentale dans le développement de la compétence de même que la répétition de son utilisation dans des contextes variés.

3.3. Maintien d'une compétence

D'après l'article R4127-304 la sage-femme a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances (18). Comme évoqué dans l'article R4127-309 elle ne doit pas exercer dans des conditions qui pourraient compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux (21).

Le développement professionnel continu est un devoir médical mais également une obligation légale pour les sages-femmes comme mentionné dans l'article L4021-1 du code de santé publique (22).

Le développement professionnel continu a pour objectif comme précisé dans l'article L4153-1 du code de santé publique le perfectionnement des connaissances permettant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles (23).
La formation continue a également d'autres bénéfices, notamment la mise en confiance en soi et en ses capacités pratiques mais cela permet également d'avoir une certaine expérience pratique.

Le développement professionnel continu est indispensable dans le domaine de la santé dont les enjeux peuvent être vitaux. En effet « la répétition d'expériences de même nature génère des savoir-faire stabilisés » ainsi que certains automatismes et cela permet non seulement d'« amener à modifier leurs pratiques en vue d'acquérir de nouveaux « savoir-faire » et « comment faire », mais également à développer leur « pouvoir d'agir » » (24).

Le maintien d'une compétence pour les professionnels de santé peut être assuré par la lecture des journaux scientifiques, des recommandations, par la participation à des congrès ou des programmes d'autoformation. Une compétence peut également être maintenue par la participation à des formations continues pratiques avec des séances de simulations basse fidélité ou haute-fidélité notamment pluri professionnelles.

Les formations pluri professionnelles permettent de travailler sur la dimension collaborative des soins particulièrement mise en avant dans la gestion d'une situation d'urgence.(25)
En effet les situations d'urgence sont facteurs de stress où un retard de prise en charge lié à une erreur ou à une hésitation peut avoir des conséquences majeures. Ainsi dans ces situations les professionnels sont interdépendants avec un objectif commun « celui d'être efficace ensemble dans une temporalité brève car il y a un enjeu vital immédiat pour le patient »(25), d'où l'intérêt d'une formation commune en interaction.

De ce fait la compétence acquise en formation initiale reste à perfectionner par l'expérience et la pratique et à maintenir afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Première partie Matériels et méthodes

1. *Problématique*

Quelle est la pratique de l'accouchement du siège par les sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

2. *Objectifs et hypothèses de l'étude*

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la pratique de l'accouchement du siège par les sages-femmes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de ce travail sont :

- d'analyser les enseignements et la pratique clinique des sages-femmes au cours de leur formation initiale.
- d'évaluer les moyens mis en œuvre par les sages-femmes pour pérenniser leur compétence.
- de recueillir leur ressenti et leur positionnement face à la prise en charge de l'accouchement du siège par les sages-femmes.

2.3. Hypothèses

La première hypothèse est qu'au moment du diplôme, les sages-femmes maitrisent d'un point de vue théorique l'accouchement physiologique du siège et les manœuvres associées néanmoins la pratique clinique des sages-femmes en formation initiale est essentiellement basée sur la simulation basse fidélité.

La seconde hypothèse est que les sages-femmes sont rarement les professionnelles qui réalisent l'accouchement voie basse par le siège.

Et enfin la troisième hypothèse est que le maintien de cette compétence par les sages-femmes est assuré par la formation continue et la lecture des recommandations.

3. *Type d'étude et population d'étude*

Nous avons réalisé une étude quantitative multicentrique, dont la population cible était l'ensemble des sages-femmes des 13 maternités de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

4. *Méthodologie*

4.1. Outil d'étude

Les sages-femmes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne via la plateforme Microsoft Forms, entre le 14 octobre 2020 et le 13 janvier 2021.

4.2. Construction du questionnaire

Le questionnaire était divisé en quatre parties et se composait de 38 questions (ANNEXE 1). Les quatre éléments explorés étaient la formation initiale, l'expérience et le maintien des compétences depuis le diplôme, le ressenti et le positionnement face à la situation et enfin les caractéristiques personnelles et professionnelles des sages-femmes interrogées.

Parmi les 38 questions, il y avait 34 questions fermées semi-directives.
Il y avait aussi 2 questions ouvertes, relatives à 2 questions fermées semi-directives, à propos de la mention « Autre », qui permettaient soit de développer la réponse soit d'évoquer une réponse qui n'était initialement pas proposée.
Enfin, le questionnaire était également composé de 2 questions ouvertes pour recueillir

les réflexions et le point de vue des sages-femmes sur la thématique.

Le questionnaire comportait 26 questions obligatoires dont les 2 questions ouvertes avec pour objectif d'obtenir un maximum de point de vue à analyser afin d'avoir une vision globale. Les 12 autres questions dépendaient de la réponse donnée à la question précédente.

4.3. Test

Avant la diffusion à l'ensemble des sages-femmes de la population cible, le questionnaire a été testé début octobre 2020. Ce test avait pour but d'estimer le temps moyen de remplissage. Il visait également à obtenir une analyse critique permettant de perfectionner l'outil de recueil de données afin d'avoir le maximum d'adhésion, tout en évitant les faux sens.

Le questionnaire a été testé par 2 sages-femmes, une diplômée depuis moins d'un an travaillant dans une maternité de type 3 et une diplômée depuis deux ans travaillant dans une maternité de type 2.
Elles ont estimé un temps moyen de remplissage d'une dizaine de minutes et leurs commentaires ont permis des modifications mineures en apportant plus de précisions à certaines questions (reformulation, précision de la question) et en ajoutant un item qui leur semblait essentiel à une question fermée semi-directive. Les commentaires des sages-femmes nous ont également permis d'optimiser le remplissage du questionnaire à travers la plateforme Microsoft Forms en leur permettant notamment de cocher plusieurs réponses à une question sur la plateforme.

4.4. Diffusion et relance

Afin que la diffusion soit la plus étendue et facilitée possible, les participant.e.s devaient remplir le questionnaire à travers la plateforme Microsoft Forms.

L'ensemble des cadres des 13 maternités de L'Assistance Publique et des Hôpitaux de

Paris ont été sollicités par mails le 7 octobre 2020, afin de leur présenter notre étude et recueillir leur accord pour diffuser notre questionnaire à l'ensemble de leur équipe de sages-femmes.

Une fois l'accord obtenu le lien Microsoft Forms du questionnaire leur a été adressé par mail le 14 octobre 2020. Une seule maternité n'a pas donné suite malgré trois relances effectuées, elle ne fait donc pas partie de l'étude.

La première diffusion a permis de recueillir 95 réponses. Une première relance effectuée le 12 novembre 2020 a permis 55 nouvelles réponses et une seconde a été envoyée le 15 décembre ajoutant 22 nouvelles réponses.
Le questionnaire a été clôturé le 13 janvier 2021 avec 172 réponses au total. Les réponses d'une sage-femme ne répondant pas aux critères d'inclusion n'ont pas été retenues pour l'analyse.

5. *Variables retenues*

5.1. Formation initiale

Ont été explorés à travers cette partie les éléments pédagogiques permettant l'acquisition des compétences concernant l'accouchement du siège au cours de la formation initiale.

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la partie théorique et la partie pratique afin de savoir comment les professionnel.le.s se sont formé.e.s. Cela avait également pour but de définir les outils pédagogiques indispensables permettant aux sages-femmes de se sentir compétentes lors de l'obtention du diplôme.

Nous nous sommes intéressés aux cours magistraux spécifiques à la présentation du siège c'est-à-dire la mécanique, les manœuvres et les complications associées à l'accouchement du siège.
En ce qui concerne les cours pratiques nous avons questionné les sages-femmes sur leur participation aux travaux pratiques et aux séances de simulation basse fidélité. Nous avons questionné le nombre et le type de cours reçus et le niveau du cursus au cours

duquel l'enseignement était dispensé.

Nous nous sommes également intéressés à leur expérience et à leur rôle en qui concerne l'accouchement voie basse d'un fœtus en présentation du siège lors de leurs stages au cours de la formation initiale (observation, pratique à quatre mains ou en autonomie). L'objectif était d'établir un lien avec le sentiment de compétence à la fin du diplôme, le positionnement et la pratique des sages-femmes une fois diplômées.

Puis nous avons recueilli leur sentiment à l'obtention du diplôme concernant la gestion de l'accouchement du siège.
Le but était de savoir si elles se sentaient compétentes ou non sans laisser place à une réponse neutre afin d'avoir un positionnement clair en proposant comme réponse « Oui tout à fait » « Plutôt oui » « Plutôt non » ou « Non pas du tout ».

Nous avons ensuite laissé place à une question ouverte afin de déterminer ce qui a pu manquer aux sages-femmes au cours de la formation initiale. Nous voulions leur analyse sur les outils et moyens qu'elles estiment nécessaires à l'obtention d'une compétence à l'issue de la formation initiale.

5.2. Expérience et maintien des compétences

A travers cette partie, nous les avons interrogées sur leur expérience clinique et pratique depuis leur diplôme.
Dans un premier temps, nous les avons interrogées sur le nombre d'année d'exercice en salle de naissance et sur le délai depuis leur dernière garde.

Afin d'avoir un point de comparaison et étant donné que l'accouchement voie basse d'une présentation du siège reste un accouchement peu fréquent, nous les avons interrogées sur le nombre de suivi de travail effectué menant à l'accouchement voie basse d'un fœtus vivant en présentation du siège.
Ensuite nous avons recueilli le nombre d'accouchement voie basse pratiqué et le nombre observé sans intervention. Pour chacune de ces questions, par rapport au biais de

mémorisation, nous avons demandé un nombre approximatif de situations rencontrées ce qui nous permettait d'avoir une vision globale de leur pratique.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux formations continues sur le sujet, afin de savoir si les sages-femmes y participaient ou non, et si c'était le cas, déterminer si c'était de leur propre initiative ou parce que c'était proposé ou obligatoire au sein de leur maternité.
Nous avons également interrogé celles qui n'y ont pas participé afin de connaître la raison : manque de temps, non concerné ou non obligatoire dans leur maternité.
Et enfin nous avons voulu savoir si elles considèrent qu'une formation continue sur l'accouchement du siège est pertinente qu'elles en aient déjà suivi ou non.

Le but était de savoir si cette formation continue a des répercussions sur leur expérience pratique ou sur leur ressenti face à la compétence mais également pour déterminer les moyens mis en place par les professionnel.le.s pour maintenir les compétences.

Dans le même objectif, nous les avons questionnées sur les dernières recommandations de 2020. L'objectif n'était pas de savoir si elles en connaissaient le contenu, mais si elles en avaient entendu parler et par quel canal.

5.3. Ressenti et positionnement

Dans cette troisième partie nous avons interrogé leur ressenti pour savoir si elles se sentent à l'aise ou non à la réalisation de l'accouchement du siège et des manœuvres associées.
Le choix a été fait de ne pas laisser de proposition neutre afin d'avoir un vrai positionnement sur la question soit « Oui tout à fait » « Plutôt oui » « Plutôt non » ou « Non pas du tout ».

Nous avons également étudié les raisons pour lesquelles les sages-femmes ont répondu « Plutôt non » ou « Non pas du tout » en émettant des propositions comme la formation initiale insuffisante, le manque de reconnaissance de la compétence, d'expérience, de pratique clinique, de confiance en soi ou de formation continue tout en leur laissant la

possibilité d'exposer des raisons qui ne figureraient pas parmi les propositions.

Nous nous sommes également intéressés à l'opérateur de première intention : Qui est- il ? Comment est-il défini ? Et nous avons également voulu savoir à travers une question ouverte, si les sages-femmes de l'étude pensent que leur place à elles en tant qu'opérateur de première intention est « légitime ».

5.4. Caractéristiques personnelles et professionnelles

Afin de définir la population étudiée, dans cette dernière partie ont été décrit le sexe, l'âge, l'année de diplôme, la maternité employeur et son niveau, leur ancienneté dans celle-ci et leur ancienneté globale avec une précision concernant la réalisation d'une ou plusieurs années de césure.

6. *Stratégie d'analyse*

L'analyse des données a été menée de manière descriptive sachant que les résultats sont présentés sous forme de pourcentage et d'effectifs et les variables continues sous forme de moyenne.

Concernant l'analyse à propos de la formation initiale nous avons cherché à étudier le lien entre la pratique des sages-femmes durant leurs études et leurs sentiments de compétence à l'obtention du diplôme.

Ensuite a été étudié le lien entre le niveau de la maternité et l'opérateur de première intention et le mode de décision de l'opérateur de l'accouchement.
Puis nous nous sommes intéressés à leurs parcours depuis le diplôme en commençant par chercher à établir un rapport entre le niveau de la maternité et la pratique des sages-femmes.

Et enfin nous les avons interrogées concernant leur ressenti et avons cherché à établir un rapport entre l'expérience en salle de naissance et l'âge de la sage-femme et le fait de se

sentir à l'aise à la pratique de l'accouchement du siège.

Concernant les questions à réponses multiples, les réponses ont été analysées individuellement en mettant néanmoins en évidence les éléments de réponse les plus associés.
Pour analyser les réponses aux questions ouvertes nous avons regroupé les verbatim selon leurs thématiques et leurs champs lexicaux.

Pour la réalisation de cette étude une note d'information a été rédigée et le formulaire MR004 a été rempli. De plus c'est une étude conforme au RGPD avec un traitement des données numériques qui est inscrit au registre général des traitements de l'AP-HP, en date du 12/11/2020 sous le numéro d'enregistrement N° 2020 1112165224.

Deuxième partie

Résultats

1. *Description générale de la population d'étude*

La cohorte des sages-femmes des 12 maternités représente 561 personnes selon les informations recueillies auprès des cadres des services inclus dans l'étude.
Le pourcentage de participation à l'étude est donc de 30.5% avec 171 réponses.

Notre population de sages-femmes est composée en grande majorité de femmes (98.2% soit n=168/171) et en majorité de sages-femmes de moins de 30 ans (54.4% soit n=93/171). La moyenne d'âge de la population d'étude est de 32 ans avec des sages- femmes âgées de 23 à 60 ans. L'année de l'obtention du diplôme varie de 1984 à 2020 avec en moyenne un diplôme obtenu en 2012 sur l'ensemble des sages-femmes. Il est à noter que 6.4% (n=11/171) des sages-femmes interrogées ont fait une césure au cours de leur carrière qui en moyenne a duré deux ans.

La majorité de notre population exerce dans des maternités de type 3 (67.3% soit n= 115/171) et la minorité dans des maternités de type 2 (32.7% soit n=56/171). La maternité de type 1 n'est pas représentée dans la population étudiée car il n'y en a aucune incluse dans les maternités de l'AP-HP.

Les sages-femmes exercent pour le plus grand nombre dans leur maternité actuelle depuis 1 à 5 ans (38.6% soit n=66/171), pour 24% (n=41/171) d'entre elles depuis 11 à 20 ans et pour 19.3% (n=33/171) depuis moins de 1 an. En ce qui concerne l'ancienneté globale elles exercent pour la majorité depuis 1 à 5 ans (38% soit n=65/171).
En ce qui concerne leur expérience pour plus de la moitié de la population (52% soit n=89/171) les sages-femmes interrogées ont travaillé en salle de naissance depuis moins de 5 ans et pendant 6 à 15 ans pour 39.8% (n=68/171). La grande majorité (67.3% soit n=

115/171) exerçait en salle de naissance au moment de l'étude avec une dernière garde qui datait de moins de 1 mois et donc pour 89.5% (soit n=153/171) moins de 1 an.

2. *Flow chart :*

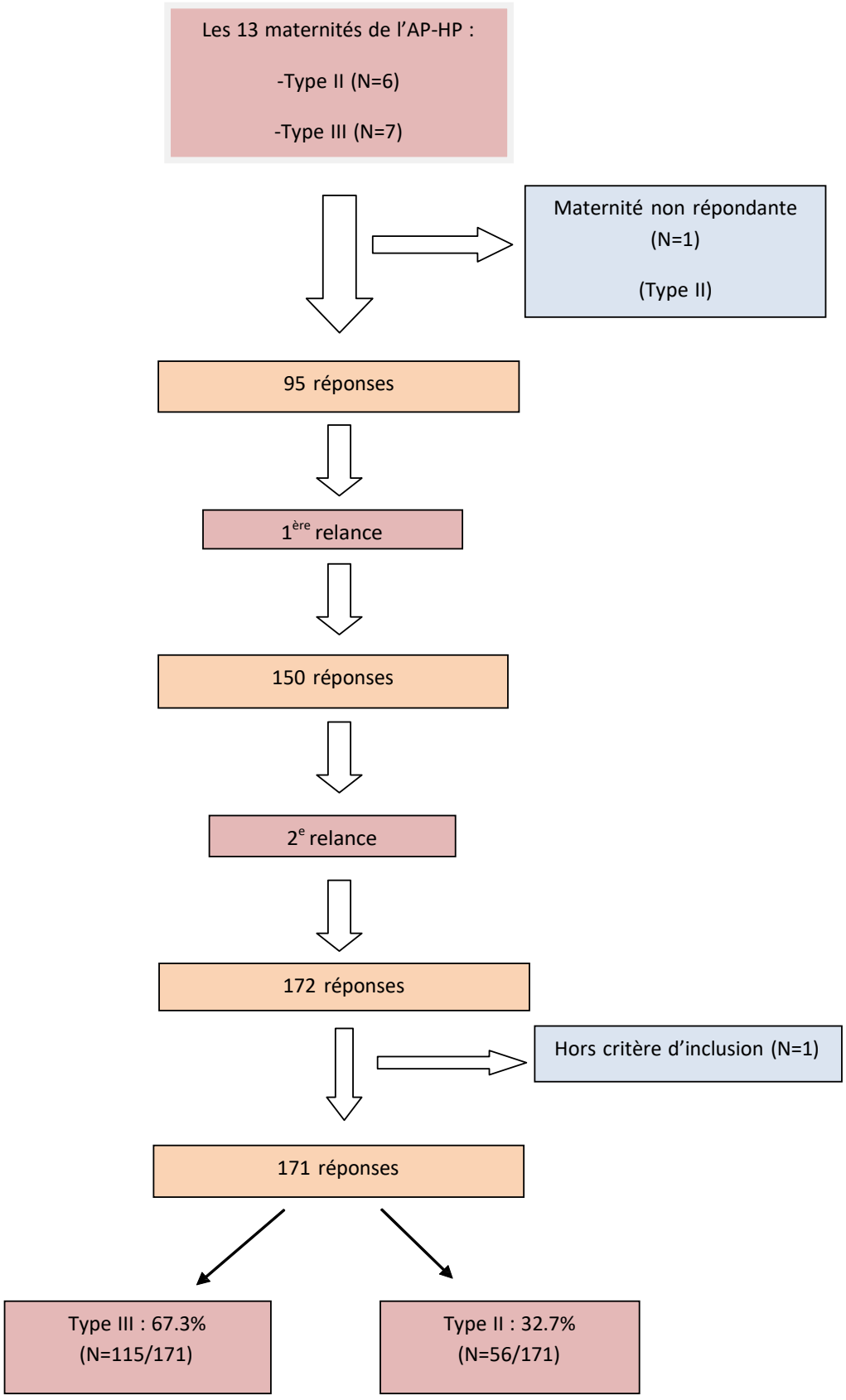

Les 13 maternités de l'AP-HP :
-Type II (N=6)
-Type III (N=7)
Maternité non répondante (N=1)
(Type II)
95 réponses
1ère relance
150 réponses
2e relance
172 réponses
Hors critère d'inclusion (N=1)
171 réponses
Type III : 67.3% (N=115/171)
Type II : 32.7% (N=56/171)

Figure 1: Flow Chart

3. *Formation initiale*

3.1. Formation théorique

La quasi-totalité des sages-femmes ont suivi des cours théoriques sur la présentation du siège au cours de leurs études dont 99.4% (n=170/171) sur la mécanique du siège et les complications obstétricales éventuelles et 100% ont eu des cours théoriques sur les manœuvres obstétricales.

3.2. Formation pratique

Le graphique ci-dessous concerne le nombre de travaux pratiques sur le thème de l'accouchement du siège effectués au cours de la formation initiale :

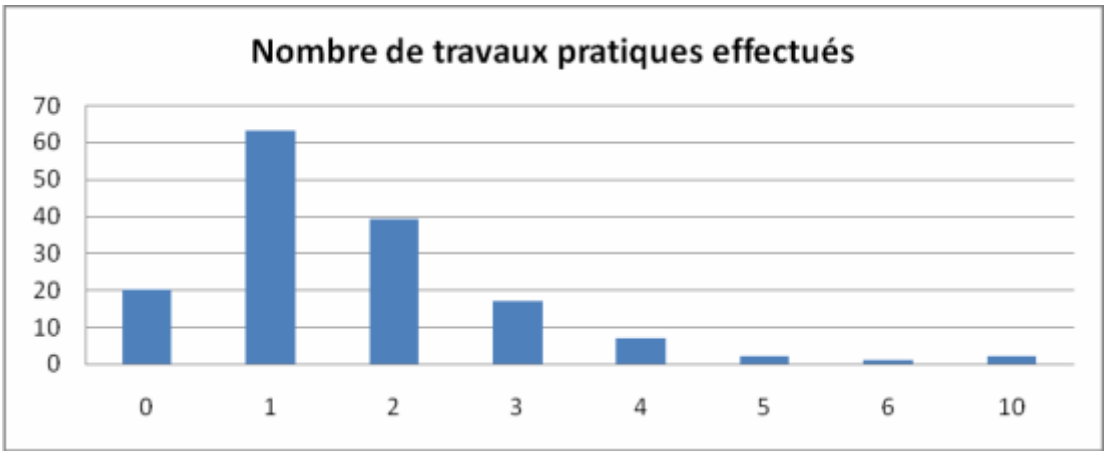


Figure 2:Nombre de travaux pratiques effectués

11.7% (n=20/171) des sages-femmes n'ont eu aucun travaux pratiques au cours de la formation initiale et 37.4% (n=64/171) ont suivi une seule séance au cours des études.

Les travaux pratiques concernaient la manœuvre de Lovset dans 99.3% (n=150/151) des cas, la manœuvre de Mauriceau dans 98.7% (n=149/151), la manœuvre de Bracht dans 89.4% (n=135/151) des cas et l'enseignement portait sur la manœuvre de Vermelin dans

86.1% (n=130/151) des cas.

La majorité des travaux pratiques se sont déroulé uniquement en 4e année d'études (36.4% soit n=55/151) et uniquement en dernière année d'études dans 29.1% (n=44/151) des cas. Pour 6.6% (n=10/151) le TP a eu lieu avant la 4e année d'études.

Le graphique ci-dessous reporte le nombre de séances de simulation basse fidélité concernant l'accouchement du siège suivi au cours de la formation initiale :

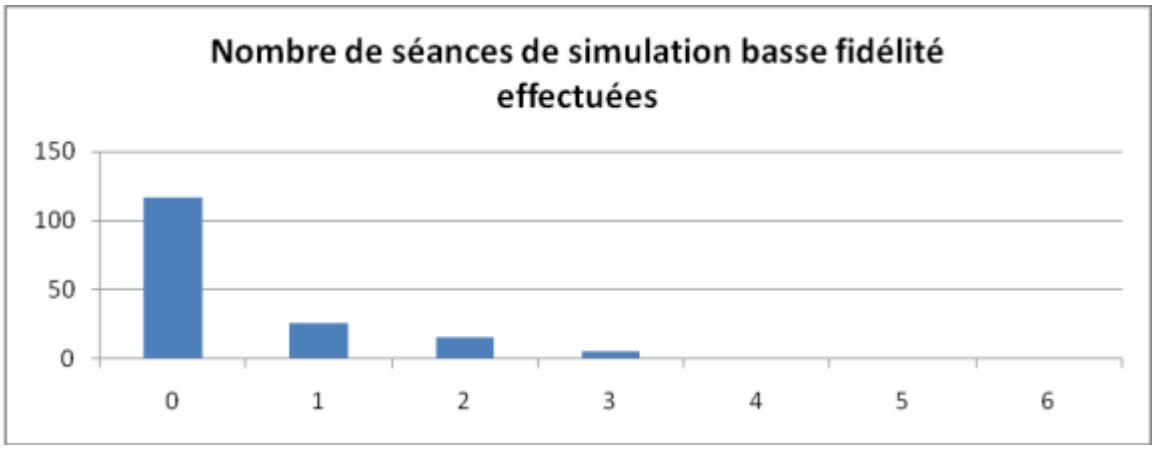


Figure 3 : Nombre de séances de simulation basse fidélité effectuées

Pour 68.4% (n=117/171) des sages-femmes il n'y a eu aucune séance de simulation basse fidélité sur l'accouchement du siège au cours de la formation initiale.

Pour les sages-femmes ayant suivi des séances de simulation, elles concernaient dans 100% des cas la manœuvre de Lovset, 98.1% (n=53/54) la manœuvre de Mauriceau, 81.5% (n=44/54) celle de Bracht et dans 77.8% (n=42/54) des cas les séances portaient sur la manœuvre de Vermelin.
Pour le plus grand nombre soit 37% (n=20/54) des sages-femmes ces séances ont eu lieu seulement en dernière année d'études et pour 33.3% (n=18/54) seulement en 4e année, sachant qu'il n'y aucune séance avant la 4e année de formation.

3.3. Formation clinique

Schéma représentant la pratique des sages-femmes durant la formation initiale :

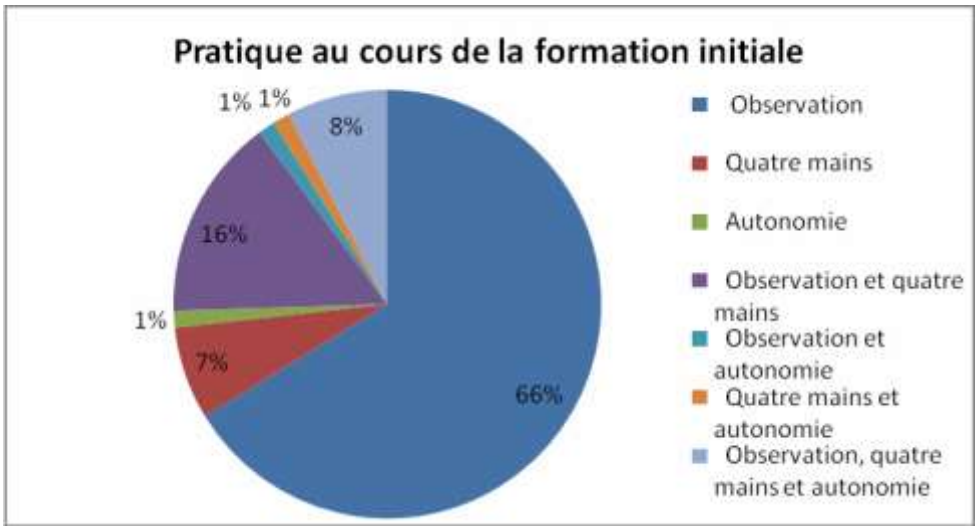


Figure 4: Pratique au cours de la formation initiale

Durant les stages 91.8% (n=157/171) des sages-femmes ont assisté à l'accouchement voie basse d'une présentation du siège et dans 66.2% (n=104/157) des cas elles ont observé sans intervention pratique.

Concernant leurs pratiques durant la formation initiale 31.2% (n=49/157) ont pratiqué l'accouchement du siège à quatre mains c'est à dire en association avec l'opérateur principal et 11.5% (n=18/157) l'ont pratiqué en autonomie en étant le seul opérateur pratique de l'accouchement.

3.4. Sentiment de compétence

Les sages-femmes de la cohorte ont été interrogées sur leur sentiment de compétence à l'obtention du diplôme. L'objectif était de savoir si à l'issue de la formation initiale elles se sentaient suffisamment compétentes pour effectuer l'accouchement du siège.

Sentiment de compétence à l'obtention du diplôme

Schéma représentant le sentiment de compétence à l'obtention du diplôme par rapport à l'accouchement du siège :

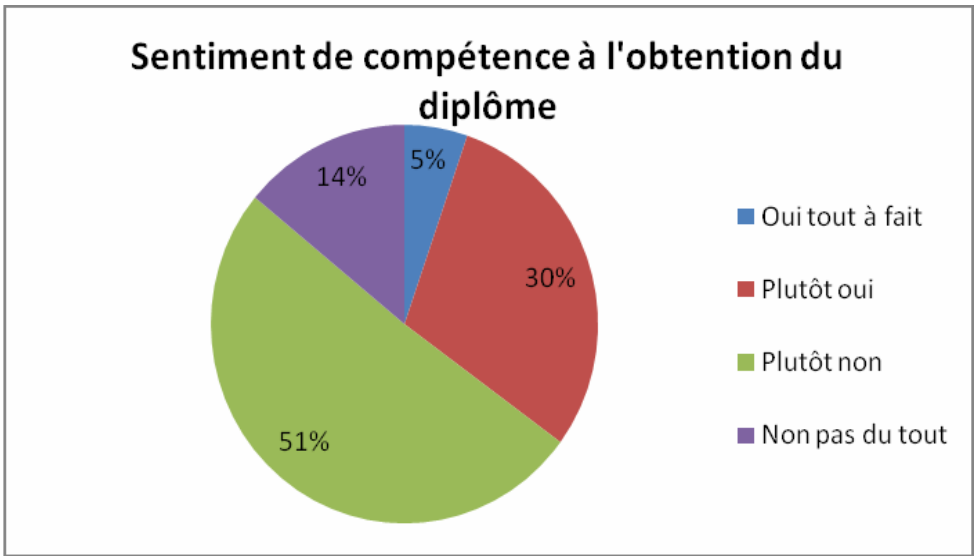


Figure 5 Sentiment de compétence à l'obtention du diplôme

Pour ce qui est du ressenti par rapport à la compétence de la gestion de l'accouchement du siège à l'obtention du diplôme, 64.9% (n=111/171) des sages-femmes ont un positionnement négatif dont 14% (n=24/171) qui ne se sentaient « pas du tout » compétentes. A contrario 35.1% (n=60/171) ont un positionnement positif, comprenant 5% (n=9/171) de sages-femmes qui se sentaient « tout à fait » qualifiées.

Facteurs influençant le sentiment de compétence

Concernant les dispositifs pédagogiques jugés nécessaires par les sages-femmes pour se sentir totalement compétentes à la fin de la formation initiale la pratique en situation réelle au cours des études était un élément essentiel pour la grande majorité des répondantes (*« Je pense qu'au-delà de la théorie, c'est vraiment la pratique en conditions réelles qui fait la différence »).*

Elles ont évoqué l'organisation de plus de séances de simulation basse fidélité et

l'inclusion de plus de travaux pratiques et de séances de simulation haute-fidélité au cours de la formation initiale concernant l'accouchement du siège. Certaines ont également évoqué l'observation sur les lieux de stages comme un élément important.

Elles soulignent en conséquence la nécessité de sélectionner des terrains de stages pratiquant l'accouchement voie basse pour les présentations du siège.

D'autres ont estimé que l'acquisition de la compétence pratique devait être validée par un quota d'accouchement du siège pratiqué à quatre mains au cours des stages. Et enfin quelques sages-femmes ont évoqué des cours théoriques plus avancés et l'utilisation de vidéos de démonstration concernant l'accouchement et les manœuvres.

Le graphique ci-dessous met en lien la pratique durant les études et le sentiment de compétence à l'obtention du diplôme :

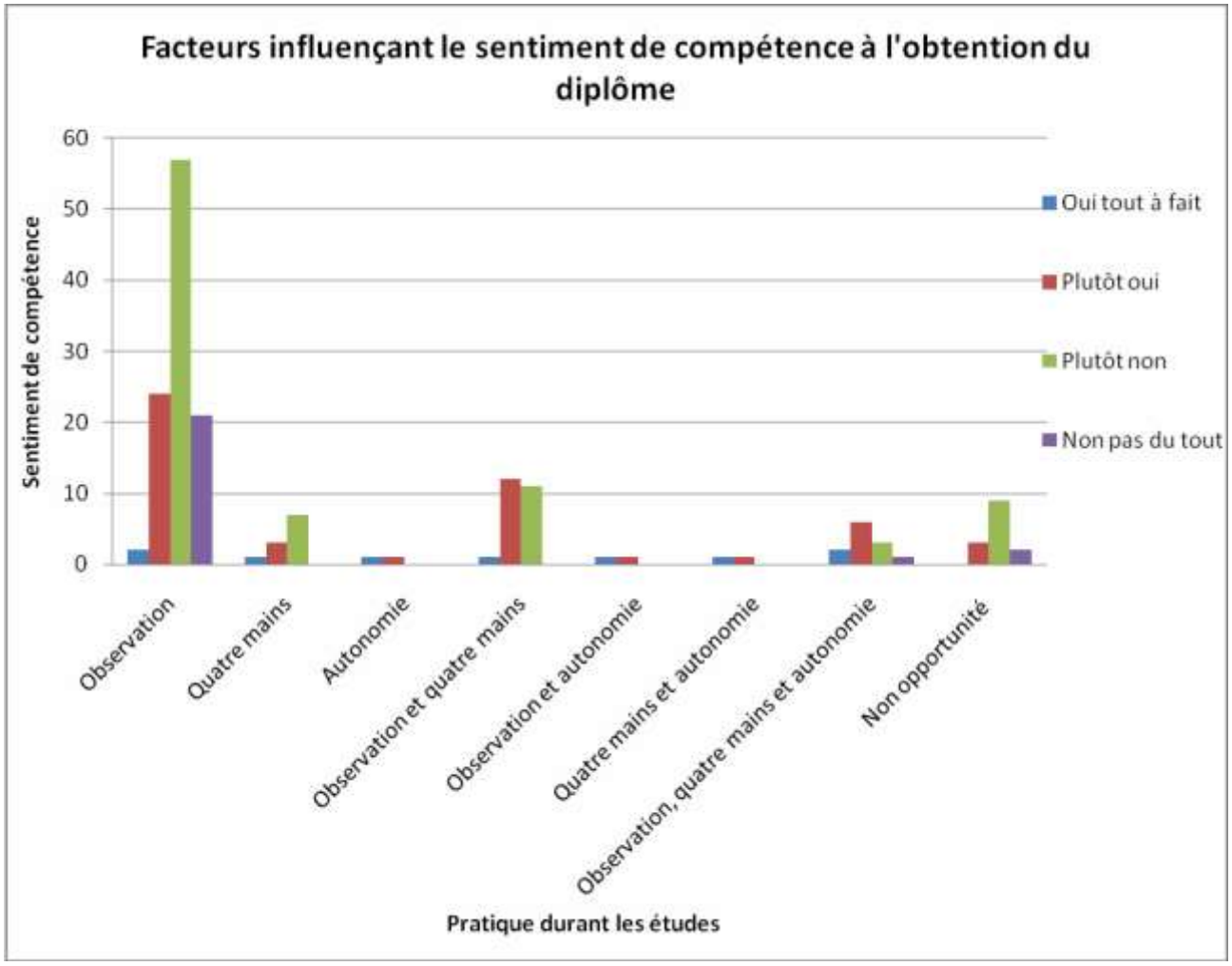


Figure 6 Facteurs influençant le sentiment de compétence à l'obtention du diplôme

Les sages-femmes déclarant avoir eu seulement un rôle d'observateur durant les stages

ont majoritairement un positionnement négatif concernant leur sentiment de compétence à la fin de la formation initiale.

En effet l'observation seule est associée à 70.3% (n=78/111) des réponses négatives comprenant les réponses « Plutôt non » et « Non pas du tout » et également associée à 87.5% (n=21/24) des sages-femmes qui ne se sentaient « Pas du tout » compétentes face à la gestion de l'accouchement du siège à l'obtention du diplôme.

Aucune des sages-femmes n'ayant pas eu l'opportunité d'assister à l'accouchement voie basse d'un siège au cours de leurs études ne se sentait « Tout à fait » compétente au moment du diplôme contrairement aux sages-femmes ayant eu un rôle quel qu'il soit pendant la prise en charge. Dans 78.6% (n=11/14) des cas, les sages-femmes sans opportunité d'assister à l'accouchement du siège ont un positionnement négatif et ne se sentent pas compétentes à ce sujet à l'obtention du diplôme.

La *« Pratique à quatre mains avec sage-femme ou obstétricien comme pour l'accouchement du sommet »* est retenue par une grande majorité comme l'outil pédagogique le plus performant.

4. *Formation continue*

Nous avons voulu savoir si les sages-femmes diplômées avaient suivi des formations pour accroitre ou maintenir leurs compétences dans le domaine de l'accouchement du siège.

Dans 11.7% (n=20/171) des cas les sages-femmes de la cohorte ont suivi une formation continue sur l'accouchement du siège. Cette formation portait dans 95% (n=19/20) des cas sur l'accouchement du siège et les manœuvres obstétricales et dans 80% (n=16/20) des cas sur les complications obstétricales associées.
Dans 45% (n=9/20) des cas la formation continue a été suivie de leur propre initiative. Dans 40% (n=8/20) des cas les sages-femmes ont participé à une formation proposée par leur maternité. Dans 15% (n=3/20) des cas la formation était dans le cadre d'une formation obligatoire au sein du service maternité.

Schéma représentant les raisons d'absence de participation des sages-femmes à une formation continue sur ce thème :

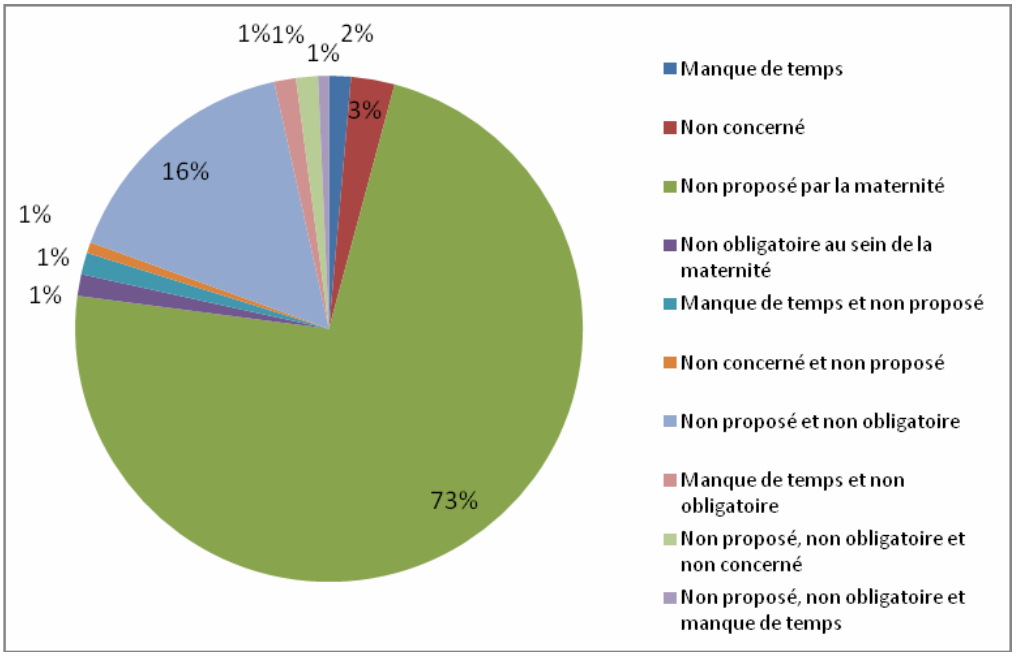


Figure 7 Raisons d'absence de participation des sages-femmes à une formation continue

Même si peu de sages-femmes ont participé à une formation continue 88.9% (n=152/171) estiment que cela serait pertinent.

Dans 60% (n=12/20) des cas les sages-femmes ayant suivi une formation continue se sentent à l'aise lors de la pratique de l'accouchement du siège contre 45.7% (n=69/151) des sages-femmes n'en ayant pas suivi. Aucune sage-femme ayant participé à une formation continue n'a répondu qu'elle ne sentait « pas du tout » à l'aise à la pratique.

4.1. Connaissance des dernières recommandations

Parmi les sages-femmes interrogées, 18.7% (n=32/171) ont connaissance des dernières recommandations du CNGOF parues en février 2020.

La majorité en a pris connaissance via des revues professionnelles (25% soit n=8/32) et via leurs collègues médecins (25% soit n=8/32), 21.9% (n=7/32) par leurs collègues sages-femmes, 12.5% (n=4/32) auprès de leur maternité, 6.3% (n=2/32) à travers la formation

continue et enfin 9.4% (n=3/32) lors de congrès.

D'autres modalités d'informations ont été évoquées tel que la formation initiale, les staffs, les formations personnelles, les liens internet et l'application « iReco » qui concerne les nouvelles recommandations médicales.

4.2. Pratique des sages-femmes

Nous avons voulu savoir si les sages-femmes pratiquaient les accouchements du siège dans leur exercice professionnel courant.

Pratique des accouchements en fonction du type de maternité

Le graphique ci-dessous expose le rapport entre le type de maternité et la pratique des sages-femmes concernant l'accouchement du siège :

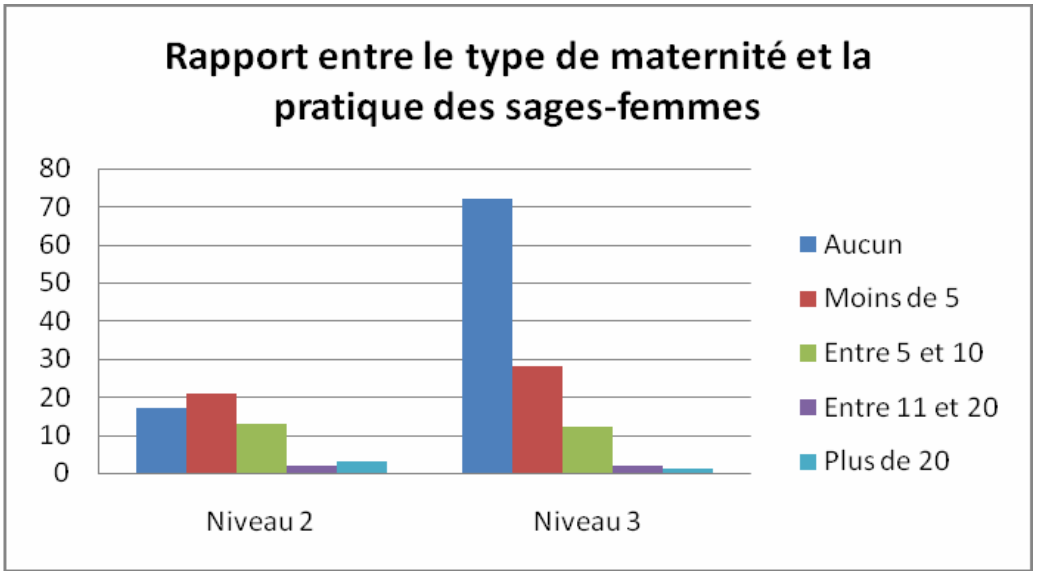


Figure 8 Type de maternité et pratique des sages-femmes

Le type de maternité influe sur la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes exerçant en type 2 effectuent plus d'accouchements du siège. En effet 30.4% (n=17/56) des sages-femmes en maternité de type 2 n'ont jamais pratiqué d'accouchement du siège depuis le diplôme versus les sages-femmes exerçant dans les maternités de type 3 où elles

représentent 62.6% (n=72/115) des sages-femmes.

Pratique des accouchements en fonction du nombre de suivi de travail

Tableau représentant le nombre de suivi de travail effectué menant à l'accouchement voie basse du siège et le nombre d'accouchement du siège pratiqué depuis le diplôme :

	Suivi du travail jusqu'à l'accouchement voie basse	Pratique de l'accouchement
Aucun	21	89
Moins de 5	46	49
Entre 6 et 10	32	25
Entre 11 et 20	32	4
Plus de 20	40	4
Total	171	171

Tableau 1 Nombre de suivi de travail effectué menant à l'accouchement voie basse du siège et le nombre d'accouchement du siège pratiqué depuis le diplôme

La majorité des sages-femmes interrogées soit 52% (n=89/171) n'ont jamais pratiqué d'accouchement du siège depuis le diplôme dont 12.3% (n=21/171) qui n'ont jamais eu l'opportunité d'en pratiquer.

Le graphique ci-dessous expose le rapport entre le suivi du travail jusqu'à l'accouchement et la réalisation de l'accouchement :

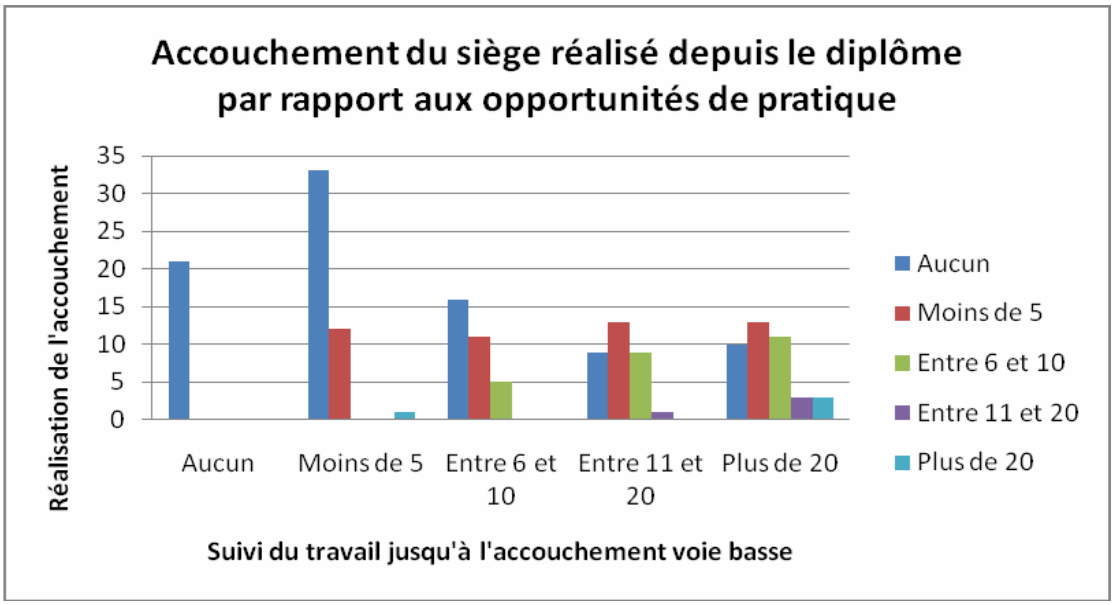


Figure 9 Accouchement du siège réalisé depuis le diplôme par rapport aux opportunités de pratique

Parmi les sages-femmes ayant suivi le travail de plus de 20 présentations du siège jusqu'à l'accouchement voie basse depuis leur diplôme, 25% (n=10/40) n'ont jamais pratiqué l'accouchement. Quel que soit le nombre de suivi de travail effectué aboutissant à l'accouchement voie basse, il y a toujours un pourcentage de sages-femmes qui n'a jamais pratiqué l'accouchement du siège. Pour la majorité des sages-femmes, quel que soit le nombre d'opportunités, elles ont pratiqué moins de 5 accouchements du siège depuis la formation initiale.

Concernant le rôle des sages-femmes durant l'accouchement, 70.2% (n=120/171) d'entre elles ont déjà observé au moins une fois sans aucune intervention pratique l'accouchement du siège de la patiente dont elles ont suivi le travail. Pour le plus grand nombre soit 36.8% (n=63/171) elles en ont observé moins de 5 sans aucune intervention pratique et plus de 20 dans 10.5% (n=18/171) des cas.

Enfin l'analyse de la relation entre l'âge des sages-femmes et la réalisation de l'accouchement du siège montre que certaines sages-femmes n'ont jamais pratiqué l'accouchement du siège jusqu'à l'âge de 50 ans.

5. *Ressenti vis-à vis de la pratique*

Nous avons interrogé les sages-femmes sur leur ressenti par rapport à la prise en charge d'un accouchement par le siège.

5.1. Assurance des sages-femmes

Le graphique ci-dessous expose l'assurance des sages-femmes vis-à-vis de la pratique de l'accouchement du siège.

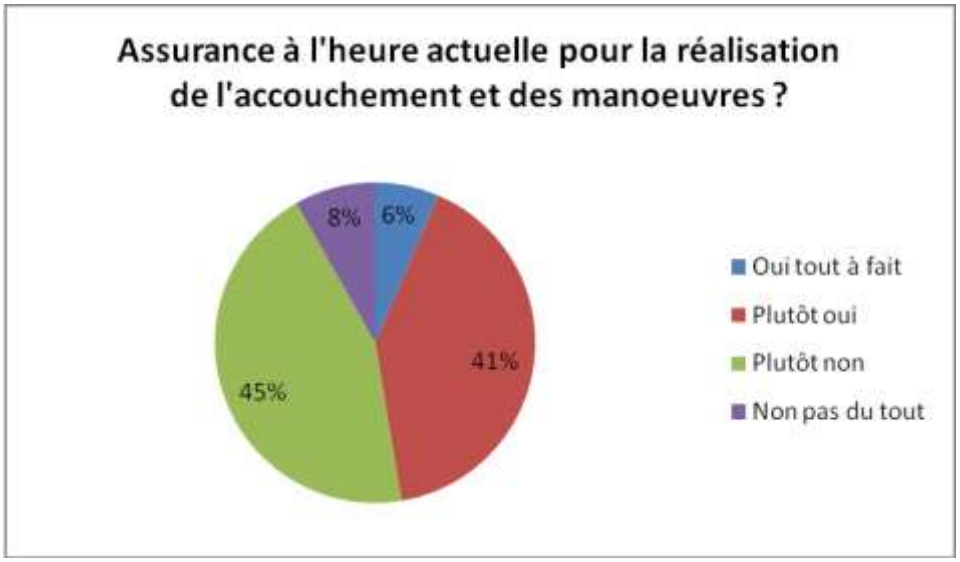


Figure 10 Assurance à l'heure actuelle pour la réalisation de l'accouchement et des manœuvres

Positionnement positif :

Dans 47.4% (n=81/171) des cas les sages-femmes ont un positionnement positif (contre 35.1% au moment du diplôme). Le taux de sages-femmes qui se sentent « tout à fait » à l'aise vis-à-vis de la pratique entre l'obtention du diplôme et l'enquête passe de 5 à 6%.

Positionnement négatif :

Dans 52.6% (n=90/171) des cas les sages-femmes ont un positionnement négatif. Elles ne se sentent pas sereines au moment de l'étude, face à la pratique de l'accouchement du siège (contre 64.9% au moment du diplôme). Parmi elles, 8.2% (n=14/171) ne sentent « pas du tout » à l'aise (par rapport à 14% au moment du diplôme).

Concernant les sages-femmes ayant un positionnement négatif et qui ne se sentent pas à l'aise dans 89.9% (n=80/89) des cas elles associent ce positionnement à un manque de pratique clinique. 76.4% (n=68/89) de sages-femmes l'expliquent par un manque d'expérience. 36% (n=32/89) d'entre elles évoquent un manque de formation continue. Pour 22.5% (soit n=20/89) la formation initiale est insuffisante.

Pour 21.3% (n=19/89) ce sentiment est lié à un manque de reconnaissance de leur compétence à la pratique de l'accouchement du siège et 20.2% (n=18/89) des sages-

femmes évoquent un manque de confiance en soi.

De plus 24.7% (n=22/89) d'entre elles associent le manque d'expérience et le manque de pratique clinque à ce positionnement.

D'autres motifs ont été évoqués par les sages-femmes. Pour la majorité elles associent ce sentiment à l'absence de pratique, soit parce que dans leur maternité d'exercice l'accouchement voie basse pour les présentations du siège n'est pas effectué, soit parce qu'il est réalisé par d'autres professionnels.

5.2. Influence de l'expérience

Nous avons voulu savoir dans quelle mesure l'expérience avait un impact sur l'aisance de la prise en charge de l'accouchement du siège.

L'absence d'expérience est un élément mis en avant soit parce que les répondantes sont jeunes diplômées soit parce qu'elles n'ont pas exercé en salle de naissance depuis un certain temps.

<u>Nombre d'année d'expérience</u>

Le graphique ci-dessous met en lien le nombre d'année d'expérience en salle de naissance avec le positionnement des sages-femmes face à la pratique :

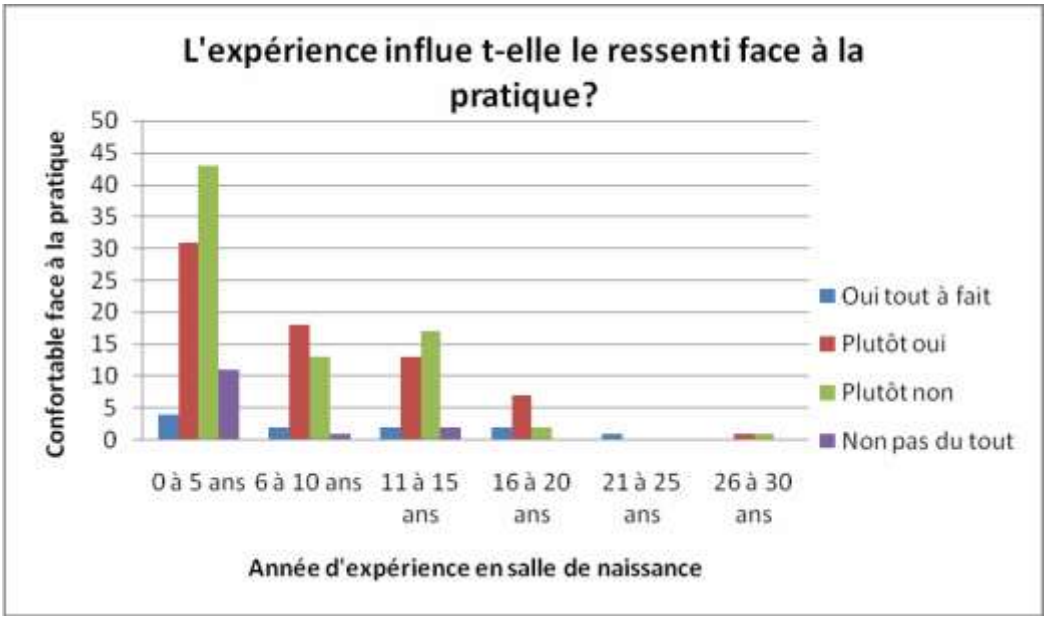


Figure 11 Influence de l'expérience sur le ressenti de la pratique

La majorité soit 60% (n=54/90) des sages-femmes ayant un positionnement négatif ont entre 0 et 5 ans d'expérience.

Les sages-femmes ayant entre 6 et 10 ans d'expérience sont plus à l'aise face à la pratique avec 15.6% (n=14/90) de positionnement négatif. Les sages-femmes ayant entre 11 et 15 ans d'expérience se positionnent dans 21.1% (n=19/90) des cas comme étant mal à l'aise.

A contrario c'est parmi les sages-femmes qui ont moins de 5 ans d'expérience que le nombre de sages-femmes se sentant « tout à fait » à l'aise face à la pratique est le plus important (36.4% soit n=4/11).

Âge du professionnel :

Le graphique ci-dessous met en relation l'âge et le ressenti face à la pratique :

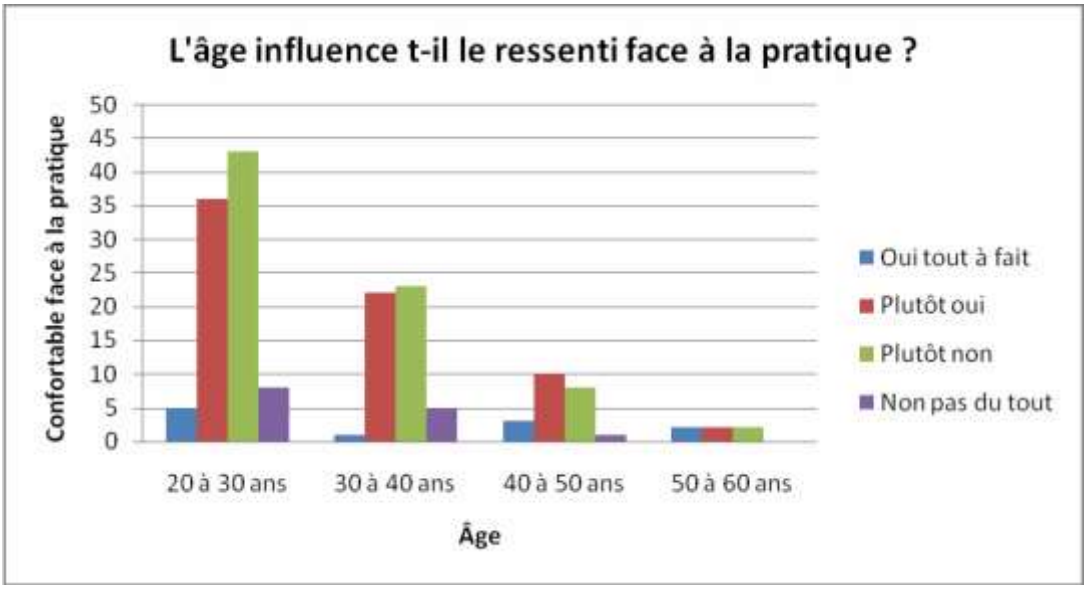


Figure 12 Influence de l'âge sur la pratique

En majorité les sages-femmes âgées de 20 à 40 ans ne sentent pas à l'aise face à la pratique de l'accouchement du siège. La tendance s'inverse à partir de 40 ans et jusqu'à l'âge de 60 ans avec des sages-femmes qui se sentent en majorité à l'aise par rapport à la pratique.

Il est à noter une diminution constante du nombre de sages-femmes ne se déclarant «pas du tout » à l'aise avec l'âge. En effet le taux passe de 9.7% (n=9/93) pour la tranche d'âge 20 à 30 ans à 0% pour la tranche d'âge 50 à 60 ans.

6. *Place de la sage-femme au cours de l'accouchement du siège*

Nous avons voulu savoir ce que pensent les sages-femmes de leur rôle et compétences dans la prise en charge de l'accouchement du siège.

La grande majorité des sages-femmes interrogées pensent que l'accouchement du siège relève de leurs compétences. Elles pensent donc qu'elles doivent avoir une place centrale et pouvoir pratiquer cet accouchement en absence de dystocie.

> *« Selon moi, tant qu'il n'y a pas de complication obstétricale (comme dans la prise en charge de tout accouchement finalement) la sage-femme devrait avoir le rôle central dans l'accouchement du siège ».*

Parmi elles un nombre important de sages-femmes a également précisé que le risque de dystocie étant plus important que pour les présentations céphaliques, un obstétricien devait être présent sur place au moment de l'accouchement.

> « *Sage-femme en premier recours avec obstétricien présent ».*

Plusieurs sages-femmes soulignent également que tout le monde doit être formé à l'accouchement du siège et que la pratique doit être partagée avec l'interne.

> *« Je pense qu'elle est aussi légitime qu'un interne à réaliser l'accouchement, ni plus ni moins* »et donc qu' « *il faut arriver à partager la formation aux manœuvres avec les internes ».*

Quelques sages-femmes (20 sages-femmes) ne se positionnent pas et déclarent ne pas savoir qu'elle est leur place lors de l'accouchement du siège.

Une minorité (16) de sages-femmes a estimé que leur rôle était :

> l'*« assistance », la « coordination des différentes équipes », l'« accueil du nouveau-né », l'« encouragement ».*

Pour elles, leur place était le suivi du travail et n'était pas du côté pratique concernant l'accouchement du siège qui devait être réalisé par les obstétriciens.

« Suivi du travail et accouchement par obstétricien ».

Une répondante explique que la sage-femme doit être :

« Formée à l'accouchement du siège pour les accouchements inopinée ».

6.1. Opérateur de l'accouchement voie basse du siège

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la pratique de l'accouchement au sein de leur service. L'objectif était de savoir quel professionnel est l'opérateur de première intention lors de l'accouchement du siège.

Dans 73.1% (n=125/171) des cas l'opérateur de première intention de l'accouchement du siège est l'interne en obstétrique. L'obstétricien sénior est déclaré comme l'opérateur en première intention par 9.9% (n=17/171) des répondantes. La sage-femme est identifiée comme l'opérateur principal dans 2.3% (n=4/171) des cas. Pour 14,6% (n=25/171) des répondantes l'opérateur de première intention n'est pas défini et sera désigné en fonction de la situation.

L'opérateur de première intention est défini par habitude dans 63.2% (n=108/171) des réponses, suite à une discussion dans 15.8% (n=27/171), par un protocole dans 14.6% (n=25/171). D'autre modalités ont été mentionnées par 6.4% (n=11/171) mais n'ont pas été précisées.

Le graphique ci-dessous montre le rapport entre le type de maternité et l'opérateur de première intention :

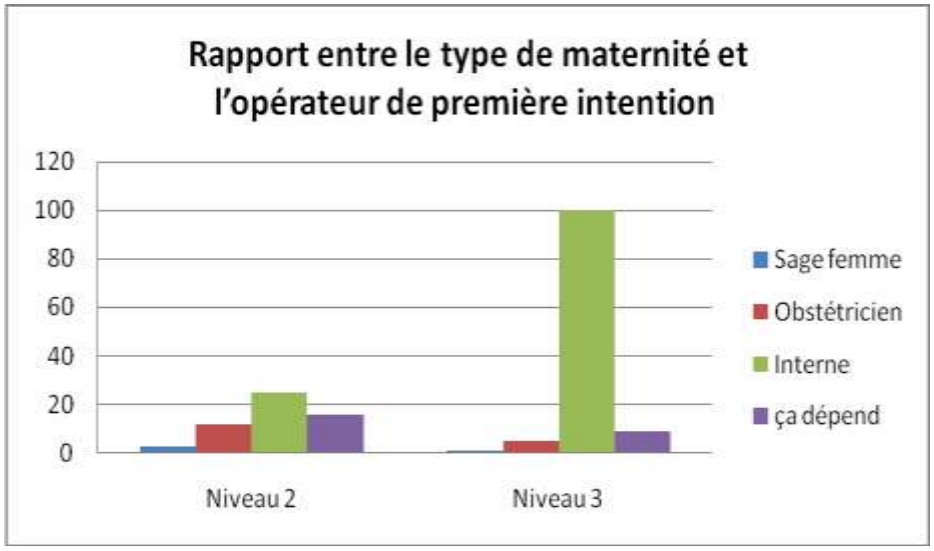


Figure 13 Rapport entre le type de maternité et l'opérateur de première intention

Dans les maternités de type 2 ou 3 l'opérateur de première intention est l'interne en

obstétrique. Néanmoins la répartition est différente selon le type de maternité.

Dans les maternités de type 3, c'est le cas dans 87% (n=100/115) des cas et dans les maternités de type 2 dans 44.6% (n=25/56) des cas.

La distribution des opérateurs de première intention est la même dans les maternités de types 2 et 3 mais à des échelles différentes.

Après l'interne en obstétrique, l'opérateur qui intervient dépend de la situation dans 7.8% (n=9/115) des cas dans les maternités de type 3 et dans 28.6% (n=16/56) des cas dans les maternités de type 2.

L'obstétricien sénior est déclaré comme opérateur en première intention dans 4.3% (n= 5/115) des cas en maternité de type 3 et 21.4% (n=12/56) des cas en type 2.

La sage-femme est citée en opérateur de première intention dans 0.9 % (n=1/115) des cas en maternité de type 3 et 5.4% (n=3/56) des cas en maternité de type 2.

Le graphique ci-dessous montre le rapport entre le type de maternité et les modalités de décision de l'opérateur :

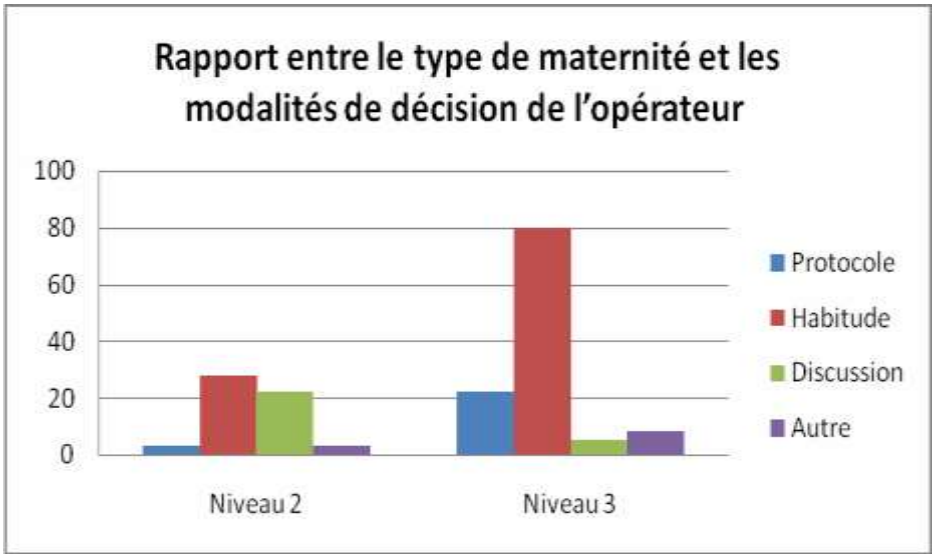


Figure 14 Rapport entre le type de maternité et les modalités de décision de l'opérateur

Le choix de l'opérateur s'effectue majoritairement par habitude du service. Ce mode de décision est plus représenté dans les maternités de type 3 pour 69.6% (n=80/115) versus 50% (n=28/56) dans les maternités de type 2.

Les autres modalités de décision se répartissent différemment selon le type de maternité. La discussion concernant le choix de l'opérateur est positionnée en deuxième position dans les maternités de type 2 dans 39.3% (n=22/56). Dans les maternités de type 3 la discussion est identifiée comme le dernier mode de décision, 4.3% (n=5/115)

des cas.

L'ensemble des résultats étant exposé nous allons maintenant les mettre en relation avec les données dont nous disposons.

Troisième partie

Discussion

1. *Population d'étude*

L'étude concerne les sages-femmes des 12 maternités de l'AP-HP, dont 41.7% qui sont des maternités de type 2 et 58.3% des maternités de type 3. La population étudiée est donc représentative puisque 32.7% des sages-femmes ayant participé travaillent dans une maternité de type 2 et 67.3% dans un type 3.

Les hommes représentent 1.8% de la population interrogée. Cette proportion est comparable avec le nombre recueilli après du conseil de l'ordre des sages-femmes de Paris soit 2.9%. La formation a été ouverte aux hommes en 1982.

La population de l'étude est composée en majorité de sages-femmes jeunes de moins de 30 ans (54.4%). La moyenne est de 32 ans. Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) la moyenne d'âge des sages-femmes exerçant en établissement public de santé en Ile de France est de 34 ans (26). L'année d'obtention du diplôme varie de 1984 à 2020.
En ce qui concerne le service d'exercice, 67.3% des participant.e.s exerçaient en salle de naissance au moment de l'étude. Ce sont donc des sages-femmes concernées par l'accouchement du siège avec des occasions de pratique.

2. *Formation initiale*

2.1. Formation théorique: Cours magistraux

L'ensemble des sages-femmes interrogées a suivi des cours théoriques sur les manœuvres obstétricales spécifiques à l'accouchement du siège. Pour 99.4% les

enseignements portaient sur la mécanique du siège et les complications obstétricales.

La grande majorité des sages-femmes estiment que les cours magistraux sont suffisants pour se sentir totalement compétente à la fin de la formation initiale d'un point de vue théorique.

Seule une minorité estime qu'ils devraient être complétés avec des vidéos de démonstration sur l'accouchement et les manœuvres associées. Les supports vidéo sont de plus en plus utilisés à des fins pédagogiques. En effet « une représentation externe (c'est-à-dire ce que montre un document) doit être la plus proche possible de la représentation interne (c'est-à-dire la représentation en mémoire) que l'on veut que l'élève reproduise durant l'apprentissage » (27).

L'utilisation de la vidéo dans l'apprentissage d'une pratique permet une représentation concrète de la prise en charge, Napoléon Bonaparte disait « Un bon croquis vaut mieux qu'un long discours ». En effet l'illustration d'une pratique facilite la compréhension et la mémorisation tout en permettant d'avoir une vue d'ensemble (28). Il a été démontré qu'il était préférable de montrer une vidéo plutôt que plusieurs images fixes pour représenter des gestes techniques. La méthode reconnue comme la plus efficiente est l'association de la vidéo et des images (27).

La formation théorique décrite est en adéquation avec l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études de sage-femme à propos de l'accouchement du siège (16). En effet elle aborde bien les voies d'accouchement, les manœuvres obstétricales et les complications concernant la présentation du siège.

2.2. Formation pratique : Simulation basse et haute- fidélité

La simulation basse fidélité est majoritairement représentée par la réalisation de travaux pratiques et en second lieu par la réalisation de séances de simulation avec une mise en situation de l'accouchement du siège. En effet 88.3% des sages-femmes déclarent avoir suivi des travaux pratiques au cours de la formation initiale et 31.6% ont participé à des séances de simulation sur ce thème.

La formation pratique concernant l'accouchement du siège débute en grande majorité au cours de la 4e année d'études. Les travaux pratiques sont initiés pour le plus grand

nombre en 4e année sachant qu'ils sont introduits à partir de la 3e année de formation pour une minorité de sages-femmes. Dans 6.6% des cas les participant.e.s déclarent avoir eu cet enseignement en 3e année d'études.

Les apports de la simulation basse fidélité concernaient la manœuvre de Lovset, puis celle de Mauriceau, Bracht et pour finir la manœuvre de Vermelin. La formation initiale des sages-femmes semble plus axée sur l'apprentissage des manœuvres obstétricales en cas de dystocie.

Pour se sentir compétente à l'obtention du diplôme les sages-femmes jugent nécessaire l'organisation de plus de simulations basse fidélité.

Le rapport sur la simulation en santé de l'HAS de 2012, portant sur l'intégration de la simulation au cours de la formation des professionnels de santé que ce soit en formation initiale ou continue, stipule que cette méthode est essentielle avec pour objectif éthique prioritaire «Jamais la première fois sur le patient »(17).

Le premier mannequin de simulation basse fidélité utilisé pour enseigner l'art des accouchements appelé la « Machine » a été imaginé au XVIIIe siècle par Angélique du Coudray. L'objectif était de « lutter contre l'ignorance des matrones de la campagne qui mettaient en péril la vie des femmes et des enfants » (29). Aujourd'hui cette méthode pédagogique se développe sur le modèle de la formation en aéronautique. Le but est d'optimiser les formations en santé pour diminuer les accidents de prise en charge.

La simulation basse fidélité permet l'acquisition des gestes procéduraux qui vont devenir des réflexes indispensables à la mise en œuvre en clinique.

L'enseignement pratique est complété par des séances de simulation haute-fidélité. Cette pédagogie innovante est valorisée « comme étant le garant d'un niveau élevé de contextualisation des apprentissages » (30). En effet « Apprendre en contexte clinique est crucial pour développer et maintenir les compétences des étudiants et des professionnels de santé » (30).

Les mises en situation clinique par les séances de simulation clinique haute-fidélité permettent aux apprenant.e.s d'identifier l'acquisition de leurs gestes même dans une

situation d'urgence. Au-delà des compétences techniques, les apports de ces séances sont basés sur les compétences non techniques de communication. Les apprenant.e.s doivent communiquer entre eux et avec les patients afin de gérer au mieux la situation à risque.

Les séances de simulation basse et haute-fidélité doivent être renouvelées plusieurs fois au cours de la formation initiale afin de potentialiser l'intérêt pédagogique. En ce qui concerne la simulation haute-fidélité, les séances ne doivent pas être trop précocement programmées afin que l'apprenant.e ait déjà une expérience clinique dans laquelle il puisse se projeter au cours de la séance. Les réponses à cette enquête montrent que le dispositif de formation est en adéquation avec ce principe puisque les séances de simulation ont lieu uniquement à partir de la 4e année de formation et la majorité soit 37% exclusivement en dernière année.

Les sages-femmes soulignent également la plus-value de l'inclusion de la simulation haute-fidélité au cours de la formation initiale concernant l'accouchement du siège. Dans le contexte de la formation initiale, la simulation clinique haute-fidélité semble «être un complément intéressant au stage en milieu clinique, particulièrement lorsque des milieux de stage ne sont pas appropriés au développement des compétences visées » (31). En effet, l'accouchement du siège est un événement rare qui concerne 3% des accouchements à terme donc difficilement accessible sur le terrain.
La pratique est autant singulière que plus restreinte, les gestes s'y référant doivent être parfaitement maitrisés pour éviter tout accident.

2.3. Formation clinique

Durant la formation initiale 91.8% des sages-femmes ont assisté à l'accouchement voie basse d'une présentation du siège. Dans la grande majorité des cas soit 66.2% leurs rôles se sont limités à l'observation sans intervention pratique. Concernant la pratique clinique 31.2% ont réalisé l'accouchement et les manœuvres à quatre mains et 11.5% en autonomie en tant qu'opérateur principal.

La formation clinique repose donc majoritairement sur l'observation. Cependant l'outil pédagogique retenu par les sages-femmes comme étant le plus performant afin d'être pleinement compétente est la pratique en situation réelle. Selon la HAS en 2015 « La

pratique des soins de santé s'apprend nécessairement et majoritairement sur le terrain »(19).

De plus la pratique lors de la formation permet d'être observé en condition réelle par les professionnels ce qui peut induire une rétroaction rapide sachant que « rien ne remplace l'observation des élèves au travail, si l'on veut saisir leurs compétences »(32).

A la fin de la formation initiale 64.9% des sages-femmes avaient un ressenti négatif concernant leur capacité à gérer l'accouchement du siège, dont 14% qui ne se sentaient « Pas du tout » compétentes. A l'inverse 35.1% a un ressenti positif dont 5% qui se sentait totalement qualifié. Les sages-femmes déclarant avoir observé sans pratiquer cliniquement en condition réelle ne se sentent pas compétentes pour 70.3% d'entre elles. De plus l'observation seule est associée à 87.5% des sages-femmes qui ne se sentent « Pas du tout » qualifiées.

Malgré cela l'observation est un élément important dans l'acquisition de la compétence, ce qui est également décrit par les sages-femmes interrogées. Certaines sages-femmes ont d'ailleurs souligné la nécessité de sélectionner des terrains de stages pratiquant l'accouchement voie basse pour la présentation du siège afin d'augmenter les possibilités d'observation et de pratique de cet accouchement. Effectivement « l'évaluation des compétences des professionnels à l'issue de la formation initiale inclut des critères relatifs à la réalisation de stages dans les services reconnus comme formateurs » (19).

Les résultats de cette étude montrent que 78.6% des sages-femmes n'ayant jamais eu l'opportunité de pratiquer et d'observer l'accouchement du siège ne sentent pas compétentes à l'obtention du diplôme. Aucune des sages-femmes déclarant ne pas avoir eu de formation clinique ne se sentait pleinement compétente à la fin de la formation initiale contrairement aux sages-femmes y ayant assisté quel que soit leur rôle dans la prise en charge.
Ainsi l'observation est un élément pédagogique important mais insuffisant de manière isolé pour l'acquisition de la compétence. Il a été démontré dans une étude de niveau de

preuve 4 concernant la simulation et la rétention d'information, qu'il y avait moins de progression de la performance chez un apprenant observateur que chez un apprenant acteur de la séance de simulation.(33)

Par conséquent la formation clinique avec pratique réelle est essentielle en complément de la formation théorique et pratique car l'expérience est un élément essentiel à l'anticipation et au passage à l'action efficace.

L'accouchement en présentation du siège étant plus à risque dystocique l'ensemble des professionnels de santé susceptibles de le prendre en charge doit être formé en situation réelle. Certaines sages-femmes ont estimé que la validation au cours de la formation initiale d'un quota d'accouchement du siège pratiqué à quatre mains était nécessaire. L'objectif serait d'assurer une pratique clinique aux sages-femmes en formation sachant que ce dispositif existait dans l'ancien diplôme de sage-femme. De plus mettre en place une obligation minimale de pratique inciterait d'avantage les professionnels à former les étudiants.

Tous les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des patientes enceintes doivent bénéficier d'une formation initiale et continue. Certaines équipes préconisent d'ailleurs d'effectuer les manœuvres obstétricales systématiquement afin d'acquérir et de maintenir une compétence technique dans l'objectif d'assurer des soins de qualité. Les recommandations de 2020 du CNGOF ne favorisent ni l'expulsion sans intervention ni la réalisation systématique de manœuvres (1).

La nécessité de la formation clinique des internes d'obstétrique a d'ailleurs été évoquée par une grande quantité de sages-femmes, estimant que la pratique de l'accouchement du siège doit être partagée afin que tout le monde soit formé.
Selon les participant.e.s de cette étude l'opérateur de première intention est l'interne dans 73.1% des cas dans les maternités de type 2 et 3 et majoritairement par habitude de service soit 63.2% des cas. Dans les maternités de type 3 l'interne est l'opérateur de première intention dans 87% des cas versus 44.6% des cas en maternité de type 2.

Hypothèse 1 : Nous pouvons confirmer notre première hypothèse.

En effet la formation initiale des sages-femmes comporte l'ensemble de la formation théorique et pratique décrite dans le référentiel de formation. A l'issue de leur formation les sages-femmes sont donc en mesure de maitriser d'un point de vue théorique l'accouchement physiologique du siège et les manœuvres associées.

Cependant la formation clinique est majoritairement basée sur l'observation, la pratique clinique des sages-femmes en formation initiale est donc bien basée essentiellement sur la simulation basse fidélité.

3. *Formation continue*

3.1. Recommandation

Seul 18.7% des sages-femmes interrogées avaient connaissance des dernières recommandations pour la pratique clinique en cas de présentation du siège du CNGOF parues en février 2020.

La moitié en avait pris connaissance via des revues professionnelles et leurs collègues médecins et 21.9% grâce à leurs collègues sages-femmes. 12.5% d'entre elles ont été informées au sein de leur service et elles sont minoritaires à déclarer avoir obtenu les recommandations par la formation continue et les congrès.
Certaines ont été informées par les staffs, leur formation personnelle, internet ou encore l'application « iReco » qui concerne les nouvelles recommandations.

3.2. Formation pratique

Au sein de la population étudiée, 11.7% des sages-femmes avaient suivi une formation continue à propos de l'accouchement du siège depuis le diplôme. Dans 95% des cas cela concernait l'accouchement du siège et les manœuvres obstétricales et dans 80% des cas les complications obstétricales éventuelles.
Pour la plupart soit 45% la formation continue a été suivie de leur propre initiative. Dans 40% des cas car elle leur a été proposée par leur maternité. C'était une formation obligatoire au sein de leur maternité dans seulement 15% des cas.

On constate que la formation continue a un impact positif sur le ressenti des sages-

femmes. En effet 60% des répondantes ayant suivi une formation continue se sentent à l'aise lors de la pratique contre 45.7% des sages-femmes n'ayant pas suivi de formation. Aucune sage-femme ayant suivi la formation ne se sentait « Pas du tout » à l'aise lors de la pratique de cet accouchement.

Si un nombre restreint de sages-femmes ont participé à une formation continue sur ce thème, 88.9% des sages-femmes estiment qu'une formation serait pertinente. Selon les sages-femmes la formation continue concernant l'accouchement du siège n'a pas été proposé par leur maternité et c'est la raison principale de leur absence de participation à celle-ci.

Le développement professionnel continu est effectif depuis 2013 sachant qu'il a été initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 et modifié par la loi de Modernisation du système de santé de 2016.(34)
Son objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité des soins sachant que c'est une démarche active obligatoire tout au long de l'exercice professionnel. En effet la médecine est une science qui évolue rapidement, ce pourquoi la reconnaissance initiale de la compétence n'est pas suffisante.(19)
L'entrainement permet de préserver les compétences mais l'entrainement régulier et réactualisé permet d'améliorer la performance ce qui contribue au maintien de la sécurité des soins et du patient. La répétition induit également l'apparition d'automatismes identifiés, ciblés, ce qui permet une fois les bons gestes appréhendés, intégrés et maitrisés, de réaliser en parallèle d'autres tâches comme la gestion d'une équipe.(35)

Des études sur l'impact de la simulation à propos de la performance des soignants ont démontrés que la performance concernant les gestes techniques était maintenue pendant un an (36). Toutefois les performances non techniques comme la gestion du stress, la communication ou encore la performance d'équipe sont des acquis qui sont maintenus 6 mois, d'où l'importance de la répétition des gestes par la formation continue pratique et clinique (35).

3.3. Pratique clinique

La sage-femme intervient comme opérateur de dernière intention soit dans 2.3% des

cas. En conséquence 52% des sages-femmes interrogées n'ont jamais pratiqué d'accouchement du siège depuis leur diplôme dont 12.3% qui n'ont jamais eu l'opportunité d'en pratiquer.

Cependant «Il s'agit d'être compétent et pas seulement d'avoir « des compétences », d'avoir une qualification ou de se situer dans un champ de compétence, notion réglementaire liée à un diplôme» (19).

De plus, quel que soit le nombre d'opportunité de pratique la majorité des sages-femmes ont réalisé moins de 5 accouchements du siège depuis l'obtention du diplôme. Elles ne peuvent donc pas développer cette compétence car comme évoqué par la HAS en 2015, la compétence professionnelle progresse avec la pratique et l'expérience (19). De plus quel que soit le nombre d'opportunité de réalisation de l'accouchement du siège il y a toujours un pourcentage de sages-femmes qui n'ont pratiqué aucun accouchement. En effet parmi les participant.e.s ayant suivi le travail de plus de 20 présentations du siège jusqu'à l'accouchement voie basse depuis leur diplôme, 25% déclarent n'avoir jamais réalisé l'accouchement. L'étude de la relation entre l'âge des sages-femmes et la pratique montre que certaines sages-femmes ont effectué la totalité de leur carrière jusqu'au moment de l'étude sans effectuer d'accouchement du siège puisque jusqu'à l'âge de 50 ans certaines participantes déclarent n'en avoir jamais réalisé.

Concernant les interventions pratiques des sages-femmes durant l'accouchement, 70.2% d'entre elles ont déjà observé au moins une fois sans aucune intervention pratique l'accouchement d'une patiente dont elles ont suivi le travail. Pour la plupart soit 36.8% cela a représenté moins de 5 accouchements et plus de 20 pour 10.5% de sages-femmes.

Le type de maternité a une influence sur la pratique des sages-femmes concernant l'accouchement du siège. Effectivement 30.4% des sages-femmes en maternité de type 2 n'ont jamais pratiqué l'accouchement du siège par rapport à 62.6% en maternité de type 3.

Dans les maternités de type 3 la sage-femme est l'opérateur de première intention dans 0.9% des cas et l'opérateur est désigné par habitude de service dans 69.6% des cas.

Dans les maternités de type 2 la sage-femme est l'opérateur de première intention dans 5.4% des cas et l'opérateur est désigné par habitude de service dans 50% des situations.

Cette habitude de service concernant l'opérateur de l'accouchement du siège est donc moins marqué dans les établissements de type 2. Par ailleurs, la discussion pour désigner l'opérateur principal de l'accouchement est plus habituelle dans les maternités de type 2 puisqu'elle intervient dans 39.3% des cas versus 4.3% dans les maternités de type 3.

Ainsi il y a plus d'opportunités de pratique de l'accouchement du siège pour les sages-femmes dans les maternités de type 2.

Hypothèse 2 et 3 :

La seconde hypothèse est confirmée. Les sages-femmes sont rarement le professionnel qui réalise l'accouchement voie basse par le siège.
La troisième hypothèse est infirmée. Le maintien de la compétence des sages-femmes à propos de l'accouchement du siège n'est pas assuré par la formation continue et la lecture des recommandations. En effet peu de sages-femmes ont réalisé une formation continue pratique sur ce thème et ont connaissances des dernières recommandations.

4. *Ressenti et positionnement des sages-femmes*

4.1. Ressenti concernant la pratique de l'accouchement du siège

Au moment de l'étude la majorité soit 52.6% des sages-femmes interrogées ne se sentaient pas à l'aise à propos de l'accouchement du siège. Pour rappel ce pourcentage est quasiment identique au pourcentage de sages-femmes n'ayant jamais pratiqué l'accouchement en cas de présentation du siège depuis le diplôme.

L'assurance des sages-femmes s'améliore avec la pratique. L'étude montre une diminution du pourcentage de sages-femmes ayant un positionnement négatif. L'expérience du professionnel a donc une influence sur le ressenti concernant la pratique.
En effet, 60% des sages-femmes ne se sentant pas à l'aise ont moins de 5 ans d'expérience. Il faut noter cependant que c'est au sein de cette catégorie de sage-femme qu'il y a aussi le plus de professionnelles se déclarant totalement à l'aise avec la pratique.
Les sages-femmes qui ont entre 6 et 10 ans d'expérience se sentent plus à l'aise que les sages-femmes ayant entre 11 et 15 ans d'expérience.

Cependant la proportion de sages-femmes qui se sentent totalement qualifiées reste pratiquement stable puisqu'elle passe de 5% à 6% du diplôme au moment de l'étude.
Le nombre d'année d'expérience en salle de naissance n'est donc pas une donnée suffisante de manière isolée en l'absence de pratique et de formation continue pour permettre aux sages-femmes de se sentir pleinement qualifiées.

On remarque également que l'âge du praticien influence le ressenti car il y a une diminution constante avec l'âge de la proportion de sages-femmes qui ne sentent pas du tout à l'aise. En effet on passe de 9.7% concernant les sages-femmes dans la tranche d'âge 20 à 30 ans à 0% parmi les 50 à 60 ans.
La majorité des sages-femmes âgés de 20 à 40 ans ne sont pas à l'aise et la tendance s'inverse à partir de 40 ans et ce jusqu'à 60 ans.

La grande majorité soit 89.9% des sages-femmes ne se sentant pas l'aise face à la pratique de l'accouchement du siège associent ce ressenti à un manque de pratique clinique. Certaines ont complété leur réponse en précisant que le manque de pratique pouvait être lié à l'absence de pratique au sein de leur maternité.
Pour 76.4% des sages-femmes ce sentiment est lié à un manque d'expérience. Certaines précisent que cela pouvait être lié au fait qu'elles soient jeunes diplômées ou qu'elles n'aient pas exercé en salle de naissance depuis un certain temps.
Par ailleurs 24.7% associe le manque de pratique clinique et le manque d'expérience à ce sentiment.

Ensuite 36% juge qu'elles ne sentent pas suffisamment à l'aise à cause du manque de formation continue sur le thème ce qui en démontre également son intérêt.
Elles associent aussi ce ressenti à une formation initiale insuffisante (22.5%). La formation initiale est donc importante mais la formation continue l'est d'autant plus afin de maintenir les acquis et permettre un perfectionnement de la pratique.

Les sages-femmes associent également ce ressenti à un manque de reconnaissance de

leur compétence à la pratique de l'accouchement du siège (21.3%). La reconnaissance est un phénomène subjectif dépendant du ressenti de chacun. Ce facteur est reconnu comme étant un facteur limitant du stress et comme source de motivation au travail.

Le manque de reconnaissance des compétences professionnelles peut aussi induire un manque de confiance en soi et en ses capacités.
D'ailleurs 20.2% des sages-femmes associent ce sentiment à un manque de confiance en soi ce qui génère du stress et peut entrainer des fautes techniques. La formation continue permet par le maintien des connaissances et des compétences de favoriser la confiance en soi et ses facultés ce qui permet une meilleure prise en charge.

4.2. Vision des sages-femmes à propos de leur place au cours de l'accouchement du siège

La grande majorité des sages-femmes interrogées pensent qu'elles devraient pouvoir pratiquer l'accouchement du siège. Elles estiment avoir une place centrale puisque l'accouchement du siège est inscrit dans leurs compétences. Cependant, elles nuancent leur propos car l'accouchement du siège est à risque élevé de dystocie. Elles précisent donc que la présence de l'obstétricien sur place est nécessaire.

Plusieurs sages-femmes parmi elles décrivent également la nécessité de former l'ensemble des professionnels susceptibles de prendre en charge l'accouchement du siège. Elles estiment que la pratique doit être partagée avec les internes d'obstétriques afin que chaque professionnel développe et maintienne leur compétence.

Une minorité de la population étudiée estime que l'accouchement du siège devrait être pratiqué systématiquement par un obstétricien.
Le rôle de la sage-femme n'est donc pas selon elles du côté pratique mais centré sur la coordination de l'accouchement et l'accueil du nouveau-né.
Un répondant décrivait les sages-femmes comme des professionnelles de deuxième intention formées à l'accouchement du siège uniquement pour les accouchements inopinés. L'absence de pratique régulière que cela soit à travers la formation continue pratique ou clinique induit une situation à risque car « La compétence ne se résume pas à une qualification ; elle se développe au cours de la vie professionnelle » (19).

Enfin quelques sages-femmes déclarent ne pas savoir quelle est censé être leur place à l'accouchement du siège et ne se positionnent pas.

5. *Forces et limites de l'étude*

5.1. Forces de l'étude :

L'étude présente des points forts, tout d'abord elle traite d'une question d'actualité avec parution en février 2020 des recommandations pour la pratique clinique du CNGOF concernant la présentation du siège. C'est également une question originale car à notre connaissance notre étude est la première à s'intéresser, via un panel de sages-femmes en activité, à la pratique réelle des sages-femmes concernant l'accouchement du siège ainsi qu'a la formation initiale et continue sur ce thème et leurs positionnements face à cette compétence.

Le pré-test effectué par rapport au questionnaire, a permis de minimiser autant que possible les biais de compréhension et d'obtenir des réponses les plus objectives et moins orientées possibles.

Concernant le taux de participation à l'étude, avec 171 réponses obtenues cela représente 30.5% des sages-femmes sur l'ensemble des 12 maternités de l'AP-HP selon les informations recueillies auprès des cadres. Ce taux reflète l'intérêt des sages-femmes sur le sujet.

Enfin l'étude porte sur la vision globale en s'intéressant à la question de la pratique des sages-femmes, à leur formation initiale, à leur formation continue, leur ressenti et leur vision de leur place au cours de cet accouchement.

5.2. Limites et biais de l'étude :

L'objectif de départ était d'atteindre les 13 maternités de l'AP-HP. Cela n'a pas pu être réalisé car une maternité a été considérée comme non répondante au bout de 3 relances. Cependant la stratégie de diffusion par mail à travers les cadres de maternité avec deux relances nous a permis d'atteindre douze maternités avec un nombre satisfaisant de réponse.

Cette stratégie était la plus aisément réalisable et la plus adaptée afin d'atteindre un

taux de participation convenable.

Néanmoins cette méthode de diffusion a entrainé un biais de sélection car la participation à l'étude s'est basée sur le volontariat des sages-femmes. De plus, comme le thème de l'étude était énoncé dans la description du questionnaire ce sont les sages-femmes intéressées qui ont répondu.

En ce qui concerne les maternités incluses dans l'étude, le choix a été fait de solliciter les maternités de l'AP-HP afin d'avoir plusieurs maternités sans auto-sélection de notre part. Ce critère de choix a exclu les maternités de type 1.

L'étude présente donc une limite car les pratiques varient selon le type de maternité. De plus avoir l'ensemble des types de maternité au sein de la population aurait permis d'avoir une vision plus globale de la pratique des sages-femmes.

Concernant la formation initiale, il est probable que cette étude comporte un biais de mémorisation, notamment en ce qui concerne les travaux pratiques et les séances de simulation basse fidélité. Ce biais concerne également la pratique des sages-femmes quant au nombre de suivi de travail avec un fœtus en présentation du siège et d'accouchement réalisé ou observé.

6. *Propositions*

6.1. Formation initiale :

Il est essentiel que la compétence des sages-femmes concernant l'accouchement du siège soit acquise à la fin de la formation initiale. En prenant l'exemple, d'un pilote d'avion il n'est pas envisageable que son premier vol s'effectue sans aucune pratique réelle et évaluée durant la formation. Cette notion est identique pour les professionnels de santé.

La formation doit donc reposer sur une évolution dans les acquisitions théoriques et pratiques.

Elle va reposer sur des cours magistraux abordant la mécanique obstétricale du siège,

associés au visionnage de film concernant l'accouchement du siège et les manœuvres obstétricales pour permettre une meilleure représentation de la prise en charge.

Elle doit également s'appuyer sur des travaux dirigés afin d'induire une réflexion autour de la prise en charge des patientes et des travaux pratiques permettant la maitrise des gestes cliniques avec l'utilisation de mannequin basse fidélité.

Les acquisitions pourraient aussi être renforcées par la mise en situation haute-fidélité entre étudiant.e.s sages-femmes afin d'assoir les connaissances théoriques et les compétences, tout en augmentant la confiance en soi des professionnelles en formation. Des séances de simulation haute-fidélité pluri professionnelles pourraient être aussi incluses à la formation initiale pour permettre le développement des compétences non techniques comme la communication.

Le stage est également un élément essentiel de la formation initiale qui s'appuie sur la clinique. Il est donc important de pouvoir pratiquer l'accouchement du siège en stage et donc de sélectionner des lieux de stages dans lesquels les accouchements du siège voie basse sont effectués. Selon l'étude les maternités de type 2 semblent offrir plus d'opportunités de pratique.
Il semble également pertinent que les écoles de sages-femmes et les étudiant.e.s sages-femmes présentent aux tuteurs de stage la réalisation de l'accouchement du siège comme objectif en début de stage ou au cours du bilan de la moitié du stage. De même qu'un tuteur de stage supervise les étudiant.e.s sages-femmes afin de faciliter leurs participations dans la prise en charge.
Afin de certifier la compétence des professionnelles, un quota de suivi de travail de fœtus en présentation du siège et de pratique de l'accouchement du siège pourrait être défini, comme il est imposé un nombre de vol nécessaire à un pilote de ligne en formation.

Le modèle de Kirkpatrick pourrait être utilisé afin de déterminer si la formation initiale est efficace et répond bien aux attentes des apprenant.e.s. C'est le modèle le plus employé dans l'évaluation des formations sachant qu'il est composé de 4 niveaux.

Le premier niveau évalue le degré de satisfaction des participant.e.s, le second l'apprentissage concernant l'attitude, les connaissances et les compétences, un troisième apprécie le changement des pratiques professionnelles et enfin le dernier mesure les conséquences de la formation en identifiant les impacts cliniques sur le patient.(37)

6.2. Formation continue :

Afin de permettre le maintien de cette compétence la formation continue est essentielle.

Les contenus de ces formations régulières doivent porter sur les recommandations avec des rappels des cours théoriques mais également avec tous les ans en salle de naissance des formations sur les gestes techniques de l'accouchement du siège.

L'acquisition par les services maternité de mannequin basse fidélité permettrait aux sages-femmes un entrainement régulier de base et aussi lorsqu'elles en ressentent la nécessité. Cela pourrait être également pour répéter les manœuvres lorsqu'une patiente avec un fœtus en présentation du siège se présente en salle de naissance pour un accouchement voie basse.

Il pourrait être également inclus des séances de simulation haute-fidélité, notamment pluri professionnelles au cours de l'exercice des sages-femmes, sachant que la HAS en 2014 a identifié l'accouchement par le siège comme thème de formation continue pluri professionnel.(38)

Cela permettrait de conforter les acquisitions et renforcer l'organisation d'équipe et la communication, car en situation d'urgence le pronostic est influencé par la rapidité de la prise en charge et la qualité des gestes techniques. De plus ces séances pluri professionnelles sont l'occasion de définir la place de chaque intervenant dans la prise en charge.(25)

Sachant que d'après le référentiel du métier et des compétences des sages-femmes l'identification de leurs rôles dans les situations d'urgence fait partie des compétences transversales qu'elles doivent développer.(12)

Concernant la pratique de l'accouchement du siège, afin de maintenir les compétences cliniques de l'ensemble des professionnels concernés, le partage des actes pourrait être renforcé. La formation de tous les futurs professionnels est importante mais de la même importance que la formation continue des professionnels de santé impliqués dans cet

accouchement.

Ainsi la sage-femme aurait une place plus centrale dans la pratique de l'accouchement du siège ce qui lui permettrait de maintenir et de perfectionner ses compétences.

Conclusion

La construction et le maintien d'une compétence pour l'ensemble des professionnels de santé susceptibles de prendre en charge un accouchement en présentation du siège sont essentiels devant le risque élevé de dystocie.
Les sages-femmes sont des acteurs principaux et sont réputées et certifiées avoir la compétence de la pratique de l'accouchement du siège.

Une compétence résulte de la mise en pratique des ressources et doit être maintenue par la réactualisation des connaissances, la pratique et la simulation notamment pluri professionnelle concernant la gestion des situations d'urgence.

Cette étude montre que la formation initiale des sages-femmes est majoritairement basée sur une formation théorique et pratique, avec peu de pratique clinique en situation réelle concernant l'accouchement du siège.
Elle met également en évidence que les sages-femmes peuvent difficilement maintenir leur compétence dans la prise en charge de l'accouchement du siège. En effet elles sont rarement le professionnel qui réalise les gestes de l'accouchement mais le plus souvent l'opérateur de dernière intention avec une pratique qui varie selon le type de maternité.

Peu de sages-femmes ont suivi une formation continue sur la présentation du siège pourtant 88.9% sont favorables et estiment que cela serait pertinent.

La pratique clinique est décrite comme l'élément majoritairement manquant, que ce soit au cours de la formation initiale ou continue pour que les sages-femmes se sentent pleinement compétentes et en confiance face à l'accouchement du siège.
La majorité des sages-femmes de la cohorte estime qu'elles devraient avoir une place plus centrale dans la pratique de l'accouchement du siège avec une pratique équitable avec les autres professionnels afin que chacun acquière et maintienne ces compétences.

Cette étude s'est déroulée au sein des maternités de type 2 et 3 de l'AP-HP. Il serait intéressant de la reconduire dans des maternités de type 1 et au sein d'autres régions afin de mieux évaluer la pratique des sages-femmes sur le territoire français.

Cette enquête auprès des sages-femmes montre que leur formation clinique est essentiellement basée sur l'observation puisqu'elles sont rarement l'opérateur de première intention. Il serait intéressant de mener une étude sur les apports de la simulation dans l'acquisition des compétences techniques pour savoir dans quelle mesure le positionnement d'observateur d'un acte technique permet d'obtenir ou de maintenir une compétence.

Bibliographie

1. 2020_CNGOF_Presentation-du-siege.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2020/02/2020_CNGOF_Presentation-du-siege.pdf

2. Parant O, Bayoumeu F. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Accouchement. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 janv 2020;48(1):136-47.

3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. The Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375-83.

4. Carayol M, Alexander S, Goffinet F. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODe d'Accouchement). Rev Sage-Femme. 1 juin 2004;3(3):142-9.

5. indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012- 03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44- 28_679.pdf

6. Montazeau O, Bethuys J. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. :27.

7. Angélique Du COUDRAY (1712 - 1790) sage-femme [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/du_coudray.htm

8. Histoire de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/

9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

10. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique nov 21, 2019.

11. Code de la santé publique - Article L4151-3. Code de la santé publique déc 14, 2019.

12. REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf

13. Blanchard L. Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe. :81.

14. LexUriServ.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:fr:PDF

15. icm-competencies-fr-screens-1.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf

16. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. nov 30, 2019.

17. simulation_en_sante_-_rapport.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012- 01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

18. Code de la santé publique - Article R4127-304. Code de la santé publique nov 21, 2019.

19. rapport_l_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf

20. Gottsmann L, Trohel J, Gal-Petitfaux N. La construction de compétences par les élèves en Education Physique : étude de la dynamique d'engagement et d'actualisation des connaissances dans l'action. EJRIEPS Ejournal Rech Sur L'intervention En Éducation Phys Sport [Internet]. 1 juill 2019 [cité 2 avr 2021];(Numéro spécial 2). Disponible sur: http://journals.openedition.org/ejrieps/931

21. Article R4127-309 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913106

22. La formation continue : le DPC [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/

23. Article L4153-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897454/2012-04- 30

24. Mohib N. Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel. Form Empl Rev Fr Sci Soc. 31 juill 2011;(114):55-71.

25. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Rech Soins Infirm. 10 juill 2014;N° 117(2):33-49.

26. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 4. AGE MOYEN DES

SAGES- FEMMES par mode d'exercice global, zone d'activité principale, secteur d'activité et sexe [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx

27. L'Agence des usages [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.reseau-canope.fr/agence-des-usages/apprendre-avec-la-video.html

28. Vezin L. Les illustrations, leur rôle dans l'apprentissage des textes. Enfance. 1986;39(1):109-26.

29. Mannequin pédagogique d'accouchement [Internet]. Musée de l'Homme. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.museedelhomme.fr/fr/musee/collections/mannequin-pedagogique-daccouchement-3856

30. Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. Rech Form. 2016;n° 82(2):17-30.

31. 52-58-Brien11.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: http://www.walderpublications.ch/wp-content/uploads/2016/08/52-58- Brien11.pdf

32. Meunier H. L'observation au coeur de l'évaluation des apprentissages. :3.

33. Simulation et rétention des acquisitions : application au drainage vésical [Internet]. 2020 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/base-bibliographique/simulation-et-retention-des-acquisitions-application-au-drainage-vesical

34. Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique

35. Ghazali DA. Relation stress - performance et effet de la répétition de séances de simulation sur le stress et la performance d'une équipe pluri-professionnelle lors de la prise en charge médicale d'une urgence vitale. :251.

36. Barsuk JH, Cohen ER, McGaghie WC, Wayne DB. Long-Term Retention of Central Venous Catheter Insertion Skills After Simulation-Based Mastery Learning. Acad Med. oct 2010;85(10):S9.

37. fnaseph. Évaluer une formation selon le modèle de Kirkpatrick - FNASEPH [Internet]. https://www.fnaseph.org/. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.fnaseph.org/evaluation-formation-modele-kirkpatrick/

38. Nafissa A. Haute Autorité de santé. 2014;35.

39. Levraut J, Fournier J. Jamais la première fois sur le patient ! Ann Fr Médecine Urgence. 1 nov 2012;2.

Annexes

1. *Questionnaire*

Mémoire : La pratique de l'accouchement du siège par les sages-femmes.

Madame, Monsieur

Je suis étudiant.e à l'école de sage-femme de Baudelocque et réalise un mémoire de fin d'études sur la pratique de l'accouchement du siège par les sages-femmes, encadré par Madame Vérot sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Baudelocque.

Ce questionnaire est destiné à l'ensemble des sages-femmes de l'AP-HP. C'est un questionnaire strictement anonyme et conforme à la loi 2004-801 du 06/08/2004 relative à la protection physique à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Je vous remercie du temps que vous consacrerez pour m'aider dans l'élaboration de cette étude.

Première partie : Formation initiale

1. Lors de votre formation avez-vous reçu un cours magistral concernant :*

(Cochez les cases correspondantes)

	OUI	NON
Mécanique du siège		
Manœuvres obstétricales de l'accouchement du siège		
Complications obstétricales de l'accouchement du siège		

2. Avez-vous réalisé des travaux pratiques sur les manœuvres de l'accouchement du siège lors de votre formation ?*

(Cochez les cases correspondantes)

	OUI	NON
Manœuvre de Vermelin		
Manœuvre de Lovset		
Manœuvre de Mauriceau		
Manœuvre de Bracht		

3. Si vous avez réalisé des travaux pratiques concernant une ou plusieurs manœuvres obstétricales du siège : Combien de travaux pratiques avez-vous effectué sur l'ensemble de vos études ?

4. Si vous avez réalisé des travaux pratiques concernant une ou plusieurs manœuvres obstétricales du siège : En quelle année d'études le ou les avez-vous effectué(s)? (Plusieurs réponses possibles)
   - □ 1ère Année de formation de sage-femme (Sma2)
   - □ 2e Année de formation de sage-femme (Sma3)
   - □ 3e Année de formation de sage-femme (Sma4)
   - □ 4e Année de formation de sage-femme (Sma5)

5. Avez-vous réalisé des séances de simulation basse fidélité (mise en situation plus réelle) sur les manœuvres de l'accouchement du siège lors de votre formation?*

(Cochez les cases correspondantes)

	OUI	NON
Manœuvre de Vermelin		
Manœuvre de Lovset		
Manœuvre de Mauriceau		
Manœuvre de Bracht		

6. Si vous avez réalisé des séances de simulation basse fidélité concernant une ou plusieurs manœuvres obstétricales du siège : Combien de séances avez-vous effectué sur l'ensemble de vos études?

7. Si vous avez réalisé des séances de simulation basse fidélité concernant une ou plusieurs manœuvres obstétricales du siège : En quelle année d'études la ou les avez-vous effectuée(s) ? (Plusieurs réponses possibles)
   - □ 1ère Année de formation de sage-femme (Sma2)
   - □ 2e Année de formation de sage-femme (Sma3)
   - □ 3e Année de formation de sage-femme (Sma4)
   - □ 4e Année de formation de sage-femme (Sma5)

8. Lors de vos stages avez-vous déjà été présent(e) lors de l'accouchement voie basse d'un fœtus vivant en présentation du siège ? *
   - □ Oui
   - □ Non

9. Si« oui » quel était votre rôle ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
   - □ Observateur
   - □ Réalisation à quatre mains
   - □ Réalisation en autonomie

10. Vous sentiez vous compétent(e)pour la gestion de l'accouchement du siège à l'obtention du diplôme ?*
    - □ Oui tout à fait
    - □ Plutôt oui
    - □ Plutôt non
    - □ Non pas du tout

11. Pour vous sentir totalement compétent(e) dans la gestion de l'accouchement du siège à l'obtention du diplôme, quel dispositif pédagogique vous semble nécessaire ? (Réponse courte 10 mots maximum attendus)*

<u>Deuxième partie : Expérience et maintien des compétences</u>

12. Combien d'année(s) avez-vous exercé en salle de naissance ? (Mois/ Année)*

13. A quand remonte vos dernières gardes en salle de naissance ? (Mois/ année)*

14. Depuis votre diplôme combien de suivi de travail en présentation du siège avez-vous effectué jusqu'à l'accouchement sur un fœtus vivant?*

□ Aucun
□ Moins de 5
□ Entre 6 et 10
□ Entre 11 et 20
□ Plus de 20

15. Depuis votre diplôme concernant les patientes dont vous avez suivi le travail combien d'accouchement du siège avez-vous réalisé sur un fœtus vivant?*

□ Aucun
□ Moins de 5
□ Entre 6 et 10
□ Entre 11 et 20
□ Plus de 20

16. Depuis votre diplôme concernant les patientes dont vous avez suivi le travail combien d'accouchement du siège avez-vous observé sans intervention pratique sur un fœtus vivant ?*

□ Aucun
□ Moins de 5
□ Entre 6 et 10
□ Entre 11 et 20
□ Plus de 20

17. Avez-vous déjà suivi une formation continue concernant : (Cochez les cases correspondantes)*

	OUI	NON
Accouchement en présentation du siège		
Manœuvre obstétricales de l'accouchement du siège		
Complications obstétricales de l'accouchement du siège		

18. Si vous avez suivi une formation concernant l'un des thèmes précédant était ce :

□ Proposé par la maternité
□ Obligatoire au sein de votre maternité
□ De votre propre initiative

19. Si vous n'avez suivi aucune formation concernant les thèmes précédant était-ce car : (Plusieurs réponses possibles)
□ Vous manquiez de temps
□ Vous ne vous sentiez pas concerné
□ Cela n'a pas été proposé dans votre maternité
□ Ce n'est pas obligatoire dans votre maternité

20. Pensez-vous qu'une formation sur ces thèmes soit pertinente ?*
□ Oui
□ Non

21. Avez-vous connaissance des dernières recommandations sur le siège parues en février 2020 ?*
□ Oui
□ Non

22. Si « oui » comment en avez-vous eu connaissance ?
□ Par des revues professionnelles
□ Par vos collègues médecins
□ Par vos collègues sages-femmes
□ Par votre maternité
□ Par la formation continue
□ Par des congrès

23. Si « oui » : Autre moyen de connaissance des recommandations non proposé à la question précédente.

Troisième partie : Ressenti et positionnement

24. Vous sentez-vous à l'aise pour réaliser cet accouchement et les manœuvres associées ? *
□ Oui tout à fait
□ Plutôt oui
□ Plutôt non
□ Non pas du tout

25. Si vous avez répondu « Plutôt non » ou « Non pas du tout » : Pourquoi ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
    □ Formation initiale insuffisante
    □ Manque de reconnaissance de cette compétence
    □ Manque d'expérience
    □ Manque de pratique clinique
    □ Manque de confiance en soi
    □ Manque de formation continue

26. Si vous avez répondu « Plutôt non » ou « Non pas du tout » : Autre réponse possible si celle-ci ne se trouve pas parmi les propositions ci-dessus ou si vous voulez compléter votre réponse.

27. Qui effectue l'accouchement du siège dans votre maternité ?*
    □ Sage-femme en première intention
    □ Obstétricien en première intention
    □ Interne de garde en première intention
    □ Ça dépend

28. Comment s'effectue dans votre maternité le choix de l'opérateur ?*
    □ C'est inscrit dans le protocole de service
    □ C'est une habitude de service
    □ Cela fait suite à une discussion avec l'obstétricien
    □ Autre

29. Selon vous en 2020, quelle est censé être la place de la sage-femme au cours de l'accouchement du siège (Réponse courte attendue 10 mots maximum)*

<u>Quatrième partie : Caractéristiques personnelles et professionnels :</u>

30. Vous êtes* :
    □ Une femme
    □ Un homme

31. Quel âge avez-vous ?*

32. En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?*

33. Dans quelle maternité travaillez-vous ?*

□ Antoine Béclère
□ Bichat
□ Beaujon
□ Jean Verdier
□ Pitié Salpêtrière
□ Port Royal
□ Louis Mourier
□ Robert Debré
□ Kremlin Bicêtre
□Trousseau
□ Necker
□ Lariboisière
□ Tenon

34. Quel est le niveau de votre maternité*

□ Niveau 2
□ Niveau 3

35. Depuis combien d'année exercez-vous dans votre maternité actuelle ?*

□ Moins de 1 an
□ Entre 1 an et 5 ans
□ Entre 6 ans et 10 ans
□ Entre 11 ans et 20 ans
□ Plus de 20 ans

36. Depuis combien d'année exercez-vous au total ?*

□ Moins de 1 an
□ Entre 1 an et 5 ans
□ Entre 6 ans et 10 ans
□ Entre 11 ans et 20 ans
□ Plus de 20 ans

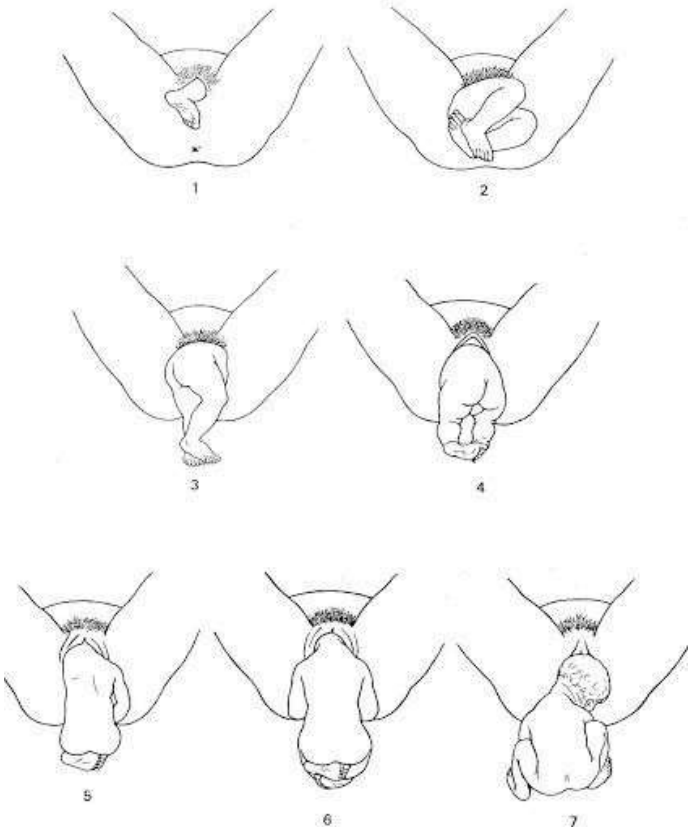
37. Avez-vous fait une ou plusieurs années de césure au cours de votre carrière ?*

□ Oui
□ Non

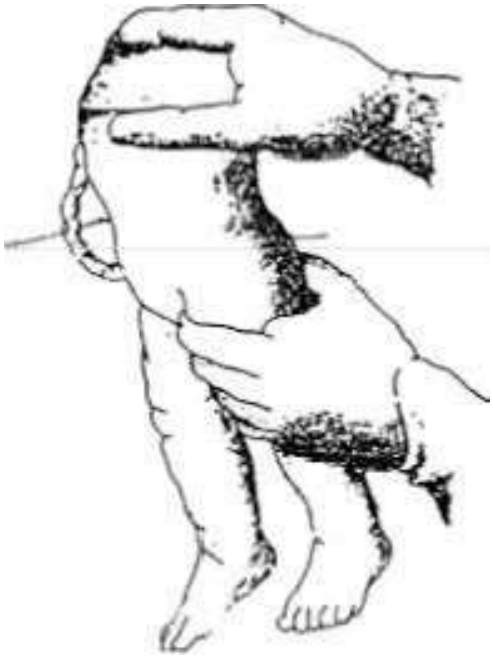
38. Si « Oui » combien d'année de césure avez-vous fait au total ?

2.*Manœuvres de l'accouchement du siège*

Manœuvre de Vermelin :



Manœuvre de Lovset :



Manœuvre de Mauriceau :

Manœuvre de Bracht :

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiant.e.s de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'Université de Paris sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.