



HAL
open science

L'accompagnement en salle de naissance par les étudiants sages-femmes : étude auprès des femmes

Marjolaine Olier

► **To cite this version:**

Marjolaine Olier. L'accompagnement en salle de naissance par les étudiants sages-femmes : étude auprès des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03618132

HAL Id: dumas-03618132

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03618132v1>

Submitted on 24 Mar 2022

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARJOLAINE OLIER

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**L'accompagnement en salle de naissance par les
étudiants sages-femmes : étude auprès des femmes**

Soutenu le : 13 avril 2021

Directeur de mémoire : Madame Anne Rousseau

JURY

Madame J. FRANCOIS, Sage-femme, Centre Hospitalier Poissy Saint Germain

Madame A. LECOUTURIER, Sage-femme, Centre Hospitalier de Versailles

Madame E. HERICHER, Sage-femme enseignante, Université Versailles Saint-Quentin

Numéro national d'étudiant : 21403576

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'Etat 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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire, notamment les patientes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et les étudiants qui m'ont aidé dans le recueil.

Madame Anne Rousseau, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de ces deux années.

Toute l'équipe pédagogique du Département Maïeutique pour leur bienveillance et leur accompagnement pendant toutes mes études. En particulier Eléonore Hericher, ma référente pédagogique, pour son soutien sans faille.

Toute notre promotion pour tous ces bons moments passés ensemble et l'entraide dans les moments difficiles. Particulièrement Marion, Agathe et Adeline pour tous ces fous-rires partagés.

Mes parents, mes frères et sœurs ainsi que leurs conjoints et mes nièces pour leur confiance, leur soutien et leur amour.

Laetitia, Constance, Joséphine et Gwenaëlle pour leur amitié de tout instant, leur écoute attentive et leur patience vis-à-vis de mes récits.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Les compétences des sages-femmes	2
1.2 Le relationnel dans le soin	3
1.3 Les stages pendant la formation de sage-femme	5
1.4 Apprentissage relationnel dans le soin	6

2	MATERIEL ET METHODES	10
2.1	Hypothèses	10
2.2	Etude descriptive	11
2.3	Population d'étude	11
2.4	Outil méthodologique : un questionnaire	11
2.5	Analyse statistique, modalité d'analyse des questions	12
2.6	Démarches éthiques et réglementaires	13
3	RESULTATS	14
3.1	Recueil de données	14
3.2	Description de la population	15
3.3	Principaux résultats	18
3.3.1	La prise en charge relationnelle par les étudiants sages-femmes	18
3.3.2	Compétences techniques de l'étudiant sage-femme	22
4	DISCUSSION	24
4.1	Les principaux résultats	24
4.2	Discussion des résultats	25
4.2.1	Population de l'étude	25
4.2.2	Prise en charge relationnelle de la patiente	26
4.2.3	Compétences techniques de l'étudiant sage-femme	29
4.3	Forces et limites de l'étude	31
4.4	Perspectives	33
	CONCLUSION	35
	BIBLIOGRAPHIE	36

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de patientes	16
Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'étudiants sages-femmes	17

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux	14
Figure 2 : Bénéfice de la prise en charge par un ESF	18
Figure 3 : Adjectifs qualifiant l'ESF	20
Figure 4 : Adjectifs proposés par les patientes pour qualifier l'ESF	21
Figure 5 : La concentration de l'ESF selon la patiente.....	22
Figure 6 : Les compétences de l'ESF selon la patiente	23

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes	39
--	----

Lexique

CHIPS : Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHV : Centre Hospitalier de Versailles

CH4V : Centre Hospitalier des 4 Villes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ESF : Etudiant(e) sage-femme

MD : Différence des moyennes des 2 groupes

RR : Risque relatif

SDC : Suites de couches

SDN : Salle de naissance

SF : Sage-femme

SMa : Sciences Maïeutique

TV : Toucher vaginal

Titre et résumé

L'accompagnement en salle de naissance par les étudiants sages-femmes : étude auprès des femmes.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des femmes qui ont été accompagnées par un étudiant sage-femme lors de leur accouchement notamment du point de vue du relationnel et des compétences techniques.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive en recueillant des données via un questionnaire de satisfaction de septembre à novembre 2020 dans 4 maternités d'Ile-de-France (niveau I, IIa, IIb et III) auprès de 135 femmes.

Résultats et conclusion

L'étude a permis de montrer que les étudiants sages-femmes étaient vus comme des futurs professionnels de santé compétents mais devant s'améliorer et sachant trouver leur propre place dans la relation de confiance construite avec la patiente. Leur présence était majoritairement bénéfique et utile à la prise en charge de la patiente.

Mots-clés : étudiants, obstétrique, accouchement, relationnel, compétences techniques

Title and Abstract

Accompaniment in the delivery room by student midwives : study with women.

Objective

The objective of this study was to evaluate the satisfaction of women who were accompanied by a student midwife during childbirth, particularly from the point of view of relational and technical skills.

Methods

We carried out a descriptive study by collecting data via a feedback questionnaire from September to November 2020 in 4 maternity units (level I, IIa, IIb and III) among 135 women.

Results and conclusion

The study showed that student midwives were seen as future health professionals who were competent but needed to improve and who knew how to find their own place in the relationship of trust built up with the patient. Their presence is mostly beneficial and useful in the management of the patient.

Keywords : students, obstetrics, childbirth, relational, technical skills

Introduction

Le métier de sage-femme est un métier centré sur le corps de la personne, le soin et l'accompagnement de la femme et du couple vers leur parentalité. Quel que soit le rang de l'enfant qui va naître, les futurs parents vont découvrir de nouvelles facettes de la parentalité et de nouveaux challenges vont se présenter à eux. Il est donc nécessaire que les étudiants sages-femmes soient sensibilisés à ces sujets au cours de leurs études.

Les études pour devenir sage-femme sont des études médicales qui comportent une grande proportion de stages auprès des patientes. En effet, depuis 2005, pendant les deux dernières années d'études, l'étudiant sage-femme a pour obligation de réaliser au minimum 720 heures de stage clinique pour lui permettre d'exercer sur le territoire français (1). Les étudiants sages-femmes sont donc fréquemment présents dans les différents services de maternité.

Nous nous sommes donc interrogés sur la vision que les couples et surtout les patientes ont de l'étudiant sage-femme. Nous nous sommes particulièrement interrogés pour savoir si celles-ci considèrent l'étudiant comme compétent dans la réalisation des soins qu'il réalise et si une relation de confiance arrive à se créer entre les couples et l'étudiant.

A travers des données recueillies en suites de couches (SDC) auprès de 135 patientes, nous allons donc tenter d'apporter des réponses à cette question. Pour cela, nous présenterons tout d'abord la littérature déjà disponible à ce sujet. Dans un second temps, nous analyserons les résultats récoltés et enfin nous discuterons de ces résultats et de leur capacité à répondre à notre problématique.

1 Contexte

1.1 Les compétences des sages-femmes

Les sages-femmes ont un rôle indispensable dans la prise en charge de la femme et du nouveau-né en bonne santé de moins d'un mois. Elles assurent le suivi de la grossesse, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, la surveillance du travail et l'accouchement physiologique ainsi que la surveillance lors des suites de couches. Elles peuvent proposer aux femmes des séances de rééducation du périnée pendant et après leur grossesse ainsi qu'un suivi gynécologique de la puberté à la ménopause y compris les vaccinations et les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses. Par ailleurs, elles peuvent aussi réaliser des échographies de dépistage ou focalisées ainsi que participer à l'Aide Médicale à la Procréation. Elles ont un rôle d'information et de prévention mais aussi un droit de prescription (2–4).

En France, les sages-femmes sont des actrices de plus en plus incontournables de la naissance. En effet, la proportion des accouchements réalisés par les sages-femmes est passée de 81,8% à 87,4% entre 2010 et 2016 (5). Il est donc nécessaire que les étudiants sages-femmes aient un enseignement théorique et clinique de qualité dans la prise en charge des patientes car une fois diplômés, ils seront face à des responsabilités qui ont énormément évolué ces dernières années (6,7). Ces responsabilités sont individuelles que la sage-femme exerce ou non en institution. Elles consistent notamment en des responsabilités médicales mais aussi une responsabilité dans les prescriptions ainsi que vis-à-vis de la réglementation de l'établissement dans lequel elle exerce lorsqu'elle travaille dans une structure. Il existe aussi d'autres responsabilités nécessitant des diplômes supplémentaires, par exemple en échographie. La sage-femme a également un rôle dans la prévention (notamment des violences), le suivi physiologique de la grossesse et la santé gynécologique de la femme, dans le dépistage des pathologies gynécologiques et

obstétricales. Elle doit orienter sa patiente vers un médecin si une pathologie est découverte. Enfin, elle a une responsabilité légale quant aux actes qu'elle réalise (8). La sage-femme est soumise à une obligation de moyens et non de résultats dans sa pratique quotidienne. Cet apprentissage nécessite notamment d'apprendre aux étudiants sages-femmes à faire évoluer en permanence leurs pratiques pour suivre les nouvelles recommandations (9).

Bohren et al., dans une méta-analyse de la Cochrane comprenant 27 essais contrôlés randomisés (15,858 femmes) dans 17 pays et publiée en 2017, ont démontré qu'un accompagnement continu de la parturiente au cours de la naissance est associé à une diminution des risques maternels et fœtaux liés à la naissance. En effet, un soutien continu est associé à une augmentation du taux d'accouchements par voie basse spontanée (RR = 1,08 [1,04 ; 1,12]), une diminution de la durée du travail (MD = -0,69 heures [-1,04 ; -0,34]), du taux de césarienne (RR = 0,75 [0,64 ; 0,88]) et de voie basse instrumentale (RR = 0,90 [0,85 ; 0,96]) ainsi que du recours à tout type d'anesthésie (RR = 0,90 [0,84 ; 0,96]). Mais ce soutien permet aussi une meilleure adaptation de l'enfant à la naissance (scores d'Apgar supérieurs à 5 min, RR = 0,62 [0,46 ; 0,85]) et un meilleur vécu de l'accouchement par les parturientes pendant le post-partum (RR = 0,69 [0,59 ; 0,79]). Ces résultats sont meilleurs lorsque la personne qui apporte le soutien à la parturiente est une personne formée (par exemple une sage-femme ou un gynécologue obstétricien) (10).

1.2 Le relationnel dans le soin

En 2007, Fournier et Kerzanet (11) se sont intéressés à la relation soignant-patient et à la façon dont les médecins pourraient apprendre des compétences communicationnelles et relationnelles pour améliorer la santé de leurs patients. Ils ont utilisé à la fois une recherche documentaire et une analyse des différents modèles relationnels proposés dans l'éducation pour la santé pour mener une consultation médicale. L'ensemble, représentant une centaine de documents, a ensuite été analysé de manière comparative. Leur conclusion est que le patient aura une meilleure qualité de vie, une meilleure observance ainsi qu'une meilleure satisfaction quant à sa prise en charge s'il joue un rôle actif dans sa santé (11).

Il y a des modèles idéaux typiques de la relation médecin-malade (exemple, le modèle de Parson en 1951 ou le modèle de Szasz et Hollander en 1956), où chacun a un rôle défini par la société (par exemple, le médecin a la compétence technique alors que le patient doit souhaiter guérir). Il y aussi des modèles proposant une dimension psychanalytique dans la relation (Balint, 1957) (12).

Balint a défini la relation médecin-malade après avoir réalisé 3 constats : que la médecine étudie les maladies et non les malades, qu'en médecine générale un tiers du temps de la consultation est consacré à la relation avec le malade plus qu'à sa maladie et que la relation médecin-malade doit trouver un équilibre entre le savoir du médecin, son pouvoir, et la vulnérabilité du malade qui souhaite une solution à sa maladie. Il a donc créé plusieurs modèles selon l'équilibre trouvé. Il s'est appuyé sur l'affirmation que le médecin est lui-même un traitement qui a son efficacité propre. Ces modèles ont pour objectif d'être appliqués à la pratique quotidienne du médecin. Certains modèles impliquent le patient qui sera donc actif dans sa prise en charge. Ensuite, certains modèles proposent une éducation réelle du patient qui prendra les décisions en comprenant les enjeux de son cas particulier. Ces modèles donnent une marche à suivre pour le déroulement de la consultation. Chaque médecin peut ensuite choisir celui qui lui convient ainsi qu'à son patient. Ce modèle est rappelé et encouragé dans la Charte d'Ottawa en 1986.

En 1992, Emanuel et Emanuel (13), ont défini 4 modèles qui sont : le modèle informatif (médecin expert technique et compétent), le modèle délibératif (médecin ami ou enseignant), le modèle interprétatif (médecin conseiller) et le modèle paternaliste (médecin gardien, tuteur de la santé du patient).

Dans une prise en charge médicale, le relationnel prime. Benedetto en 2012 (14) ainsi qu'Acharya en 2015 (15) expliquent que la médecine moderne, tout en étant très performante, ne suffit pas. En effet, ils ont démontré qu'il est nécessaire de ne pas reléguer au second plan la communication verbale et non verbale avec le patient et de ne pas voir le patient comme un client qui va rapporter de l'argent à l'hôpital/au cabinet. Il est important de garder une relation basée sur la confiance, le respect et l'empathie désintéressée et ne pas juste essayer d'éviter un procès. La conclusion de ces articles est qu'avant la relation patient-soignant était plutôt de type

paternaliste alors qu'actuellement, on tend plus vers un partenariat et une décision prise par le patient en connaissance de cause (14,15).

1.3 Les stages pendant la formation de sage-femme

Pendant les études de sage-femme, tout au long des stages, l'étudiant sage-femme se présente à chaque nouvelle patiente en disant qu'il est étudiant et il lui demande si elle accepte qu'il la prenne en charge en binôme avec la sage-femme. Une étude a été réalisée en 2016 à l'occasion d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme auprès d'étudiants sages-femmes de 6 écoles (Brest, Angers, Orléans, Tours, Nantes et Rennes) en 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année de Sciences Maïeutiques (SMa3, SMa4, SMa5) via des questionnaires et des entretiens semi-directifs. L'objectif était de connaître le vécu des études en sciences maïeutiques par rapport à la population générale au point de vue de la qualité de vie, du stress, des conditions financières et des comportements à risque. La conclusion était que la majorité des ESF avait plutôt un vécu positif de leurs années d'étude et une grande capacité de résistance physique et mentale. Cependant, cela dépendait beaucoup de leurs relations avec les équipes professionnelles pendant les stages, avec les équipes pédagogiques, ainsi que de la qualité du suivi individuel réalisé par la structure d'enseignement (16).

Une autre étude a été menée à Reims par une étudiante sage-femme, à l'occasion de son mémoire de fin d'étude, sur le stress chez les étudiants sages-femmes pendant leurs études en 2008. Elle a montré, via des questionnaires auprès des étudiants de son école, que le stress venait majoritairement des stages et en particulier de ceux en salle de naissance (SDN). Les principales sources de stress identifiées étaient la relation avec l'équipe, suivie par la relation avec les patientes et enfin la difficulté pour l'étudiant sage-femme de trouver sa place auprès des patientes en SDN. En effet, au long du suivi du travail, une relation se crée entre la patiente (le couple) et la sage-femme mais aussi entre l'étudiant et la patiente ainsi qu'entre la sage-femme et l'étudiant (17). Il est donc important de trouver un équilibre entre ces trois relations.

Au cours des études de sage-femme, la place de l'étudiant dans la prise en charge de la patiente évolue aussi. Il réalise de plus en plus d'actes, prend plus

d'initiatives, est plus autonome dans la prise en charge. Les deux premières années d'école (Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques), l'étudiant apprend les soins infirmiers et tout ce qui touche à la physiologie de la femme et de l'accouchement. Ainsi, il y a des cours théoriques d'hormonologie, d'hématologie, d'immunologie, de sémiologie, de génétique, d'urologie, d'obstétrique, de pédiatrie, de gynécologie, de psychologie et de recherche mais aussi des cours cliniques notamment sur les soins infirmiers, l'examen clinique de la femme enceinte, de l'accouchée ou l'examen gynécologique et pédiatrique. Pendant les deux dernières années (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques, SMA4 et SMA5), les apprentissages se concentrent sur les pathologies gravidiques, gynécologiques et pédiatriques pour que la future sage-femme apprenne à dépister ces maladies ainsi qu'à comprendre la physiopathologie. Il y a aussi des enseignements de santé publique, de pharmacologie, de législation, d'éthique et de psychologie. Pour ce qui est de l'apprentissage pratique, il a lieu directement auprès de la patiente, par exemple les soins infirmiers, l'apprentissage des touchers vaginaux. Il y a aussi une partie plus théorique en stage (par exemple, l'analyse du rythme cardiaque fœtal et les propositions de conduites à tenir en fonction de l'évolution du travail) qui a lieu avec la sage-femme encadrante au cours de chaque journée de stage. La progression de l'étudiant se fait donc au niveau théorique et pratique mais aussi au niveau relationnel, avec les équipes et avec les couples.

1.4 Apprentissage relationnel dans le soin

Comme dit plus haut, le relationnel fait partie intégrante du soin à la personne. C'est la raison pour laquelle les étudiants sages-femmes, comme les autres professionnels de santé, vont devoir apprendre la communication avec les couples mais aussi avec les équipes qu'ils vont côtoyer. Pour permettre cela, l'apprentissage de la communication commence dès les études pour l'ensemble des professionnels de santé, le but étant qu'à la fin de leurs études, ils soient prêts pour cette relation particulière qui est celle d'un patient avec la personne qui le soigne. En ce qui concerne les sages-femmes, leurs études se font par une expérience pratique, en conditions réelles, sur les lieux de stage, pour compléter leurs connaissances théoriques (y compris sur la relation soignante).

De nombreux mémoires ont été réalisés en France au sujet de la position d'un étudiant lors d'un accouchement et celle du trinôme parturiente - sage-femme - étudiant sage-femme (18–21).

En 2015, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, C. Casas (18) a étudié à travers des entretiens auprès de 11 femmes multipares, le rôle de l'étudiant sage-femme en SDN. Ces entretiens ont été réalisés le jour de leur accouchement ou le lendemain. Quatre grands thèmes sont ressortis de ces entretiens : l'accompagnement (présence et attention, 48,37%), le professionnalisme (explications données et réponse aux questions, 32,52%), le comportement (attitude, 13,41%) et la confiance (5,69%). La conclusion était que l'étudiant était un appui, une aide pour la gestion de la douleur et des efforts expulsifs. Il a été identifié une ambivalence face aux gestes techniques qui étaient à la fois maîtrisés et en cours d'apprentissage : l'étudiant est donc un professionnel en formation qui est vu comme une valeur ajoutée par la patiente.

En 2015, au CHU de Caen, J. Gasnier (19) a cherché à évaluer l'accueil de l'étudiant sage-femme par la patiente et si sa présence influe sur le vécu de son accouchement. Pour cela, ils ont eu recours à 145 questionnaires ainsi que 7 entretiens semi-directifs. La conclusion était que les étudiants étaient, dans la majorité des cas, bien accueillis mais que 10,3% des patientes n'étaient pas au courant qu'elles pouvaient avoir un étudiant face à elles. Les femmes semblaient apprécier la relation créée avec la sage-femme et l'étudiant. Sur une échelle de 0 à 10, la satisfaction moyenne était de $8,4 \pm 1,3$. Le sentiment de sécurité était toujours présent pour 68,7% des patientes et le sentiment de confiance s'installait d'emblée dans 70,2% des cas. Par ailleurs la gêne était quasi inexistante (97,2%).

En 2018, au CHU de Clermont-Ferrand, E. Rebillon (20) a réalisé une étude descriptive transversale auprès de 125 patientes en niveau III pour évaluer leur vécu face à un étudiant en SDN, notamment l'accompagnement pendant le travail et l'accouchement. La satisfaction moyenne vis-à-vis de l'étudiant était de $8,5/10 \pm 1,8$. Le niveau d'étude de l'étudiant était statistiquement lié à la satisfaction de la patiente ($p=0,02$). Selon les patientes, les étudiants étaient majoritairement concentrés à la fois sur la technique et sur le relationnel (80,5%). La conclusion était que l'accouchement est un moment unique dans la vie d'une femme qui nécessite un

accompagnement de qualité. D'après l'étude, l'étudiant apporte un plus dans l'accompagnement des patientes et celles-ci relèvent la qualité du travail de l'étudiant.

Enfin, en 2016, à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, C. Leonce a travaillé sur la vision des étudiants sages-femmes par les patientes. Un questionnaire a été distribué en maternité à 152 patientes qui devaient donner les mots qui leur venaient à l'esprit quand on leur parlait d'un étudiant sage-femme. Une analyse prototypique et catégorielle a été ensuite réalisée. Il y avait aussi des échelles analogiques pour évaluer le sentiment de confiance de la patiente. Le questionnaire portait à la fois sur les consultations de grossesse, sur l'accouchement et les suites de couches. Dans cette étude, 58,8% des patientes considèrent la présence des étudiants en SDN sans influence sur leur prise en charge. Les patientes étaient en confiance d'emblée dans 64,1% en SDN et 62,7% en SDC. La majorité des patientes considéraient l'étudiant comme pré-professionnel (supérieur à 35%) voire professionnel (supérieur à 30%). La conclusion était que les patientes avaient une vision positive des étudiants sages-femmes notamment vis-à-vis de leur savoir-être. Les patientes étaient satisfaites de la prise en charge par l'étudiant.

Ces différents mémoires ont donc étudié différents angles de cette relation brève mais intense qui dure le temps du travail et de l'accouchement. Ils concluent qu'il s'agit à la fois d'un temps unique pour la patiente / le couple. En effet ceux-ci vont rencontrer pour la première fois leur enfant, ce sera l'occasion d'une découverte et d'un dépassement de soi ainsi que d'une étape majeure de leur vie.

Par ailleurs, S. Thunes (22) a réalisé des entretiens semi-directifs de 6 étudiants sages-femmes sur les 28 inscrits d'une école de sage-femme norvégienne à propos de leur première expérience en salle de naissance. Cette étude menée en Norvège en automne 2008 avait pour objectif de voir quelles étaient les attentes des étudiants sages-femmes vis-à-vis de leur premier jour en salle de naissance et quels éléments étaient essentiels pour qu'ils puissent apprendre dans de bonnes conditions. Elle a relevé des éléments importants pour que l'étudiant sage-femme apprenne au mieux pendant son premier stage en salle de naissance. Ces éléments sont l'accueil sur le lieu de stage, des objectifs de stage clairs avec leur tuteur quand ils en avaient un ; le tuteur était aussi essentiel pour les étudiants surtout quand

celui-ci avait un vrai sens de la pédagogie (22). Leur étude montrait que l'accouchement est un moment fréquent et banal pour la sage-femme et l'étudiant sage-femme car il s'agit de leur pratique quotidienne ; même si chaque couple accompagné est différent, il n'y a pas de sentiments qui entrent en compte, contrairement au couple. Néanmoins, il s'agit malgré tout d'une nouveauté pour l'étudiant, surtout au début de ses études, car il n'est pas encore entré dans sa routine et il apprendra de nouvelles choses tous les jours à chaque patiente suivie.

Nous pouvons nous demander quelle est la satisfaction des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme en salle de naissance ? La satisfaction correspond à un état affectif de contentement et de soulagement vis-à-vis de quelque chose ou de quelqu'un, ici vis-à-vis de l'étudiant sage-femme, ressenti après avoir accompli ce que l'on souhaitait (23,24).

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses

L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des femmes qui ont été accompagnées par un étudiant sage-femme lors de leur accouchement.

Hypothèse 1 : les étudiants sages-femmes ont apporté un bénéfice à la prise en charge relationnelle de la parturiente.

La prise en charge relationnelle comprend à la fois la communication qui existe entre la patiente et l'étudiant mais aussi la relation de confiance qui va se créer au cours du temps (25,26). La relation de confiance est un sentiment spontané ou acquis qui attribue une valeur morale, professionnelle ou empathique à la personne qui est en face de soi et qui procure un sentiment de sécurité et d'harmonie. Cette relation est sans condition, sans méfiance et elle dure dans le temps.

Hypothèse 2 : l'étudiant est considéré par la femme comme compétent dans les gestes qu'il fait, que ceux-ci soit réalisés en autonomie ou encadrés par la sage-femme.

En effet, au cours de sa formation, l'étudiant devient un professionnel de santé et donc les patientes ont une attente quant à ses compétences professionnelles et techniques. Les compétences sont, par définition, des capacités attribuées à une personne en raison de ses connaissances personnelles et approfondies dans un domaine précis. Dans ce cas, ces compétences sont sous-entendues et attendues du fait d'un statut (27,28).

2.2 Etude descriptive

L'étude était descriptive transversale. En effet, un questionnaire de satisfaction a été distribué aux femmes en SDC quand elles avaient été suivies par un étudiant sage-femme en SDN. Le recueil des questionnaires a été réalisé dans plusieurs hôpitaux publics de l'Ouest parisien après avoir eu l'accord des sages-femmes coordinatrices et des chefs des services concernés. Les hôpitaux ont été choisis pour leurs caractéristiques différentes. Par exemple, le nombre d'accouchements par an, le niveau de la structure (I, IIa, IIb ou III), si les professionnels de santé ont l'habitude d'encadrer des étudiants sages-femmes ou non. Les hôpitaux dans lesquels le recueil a eu lieu sont donc le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy – Saint-Germain (CHIPS – niveau III), le Centre Hospitalier de Versailles (CHV – niveau IIb), le Centre Hospitalier des Quatre Villes à Saint-Cloud (niveau IIa) et l'hôpital Beaujon à Clichy (niveau I).

2.3 Population d'étude

Les critères d'inclusion étaient les femmes majeures, ayant accouché par voie basse, à terme, après une grossesse de déroulement physiologique, d'un fœtus unique et vivant, en présentation céphalique et ayant été accompagnées par au moins un étudiant au cours de leur passage en salle de naissance.

Les critères d'exclusion étaient l'âge maternel inférieur à 18 ans, les femmes ne parlant pas français ou ne sachant pas lire, celles ayant accouché par césarienne et les femmes ayant accouché prématurément.

2.4 Outil méthodologique : un questionnaire

Des questionnaires sous forme papier ont été déposés dans les services de SDC des hôpitaux. Les étudiants sages-femmes en stage dans le service les ont distribués et collectés sur leur temps de travail quand l'activité le permettait. Tous les questionnaires étaient anonymes, que ce soit pour les informations concernant la patiente ou pour celles concernant les étudiants sages-femmes.

Le questionnaire était composé de 31 questions et le temps de remplissage était de 8 minutes en moyenne. Il s'agissait de questions à choix multiples en majorité ainsi que de quelques questions ouvertes et des échelles de score de 0 à 10. Il était composé de trois parties distinctes (voir Annexe I). La première recensant des renseignements généraux sur la patiente (âge, parité, connaissance de la présence d'étudiant sage-femme dans cet hôpital). La seconde concernant les renseignements sur l'étudiant sage-femme (la présentation de l'étudiant en salle de naissance, la relation de la patiente avec l'étudiant). Enfin, la troisième se concentrant sur un soin en particulier, en l'occurrence le toucher vaginal, (les explications sur le toucher vaginal et sa réalisation, l'attitude de l'étudiant lors du soin, la place de l'étudiant dans la prise en charge globale). Le toucher vaginal a été choisi comme moyen pour mesurer la compétence technique de l'étudiant sage-femme car il s'agit d'un geste qui est réalisé de nombreuses fois au cours du travail d'une femme et qui peut permettre à la patiente de voir si sa confiance en l'étudiant sage-femme évolue au cours du travail ou non.

Nous avons distribué notre questionnaire dans 4 maternités d'Ile-de-France : le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain (CHIPS), le Centre Hospitalier de Versailles (CHV), le Centre Hospitalier des 4 villes (CH4V) et l'hôpital Beaujon (Clichy). Le recueil a eu lieu entre le 14 septembre et le 20 novembre 2020 après avoir fait une phase de test en conditions réelles dans ces 4 maternités au mois de juin 2020.

2.5 Analyse statistique, modalité d'analyse des questions

Toutes les données ont été recueillies en format papier puis intégrées à un formulaire créé en ligne pour éviter des erreurs de transcription. Les données collectées ont ensuite été analysées avec le logiciel Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages tandis que les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne, leur écart-type et leur médiane ainsi que les valeurs minimales et maximales.

Pour ce qui est des réponses aux questions ouvertes, celles-ci ont été décrites par mots-clés et par leur fréquence d'apparition.

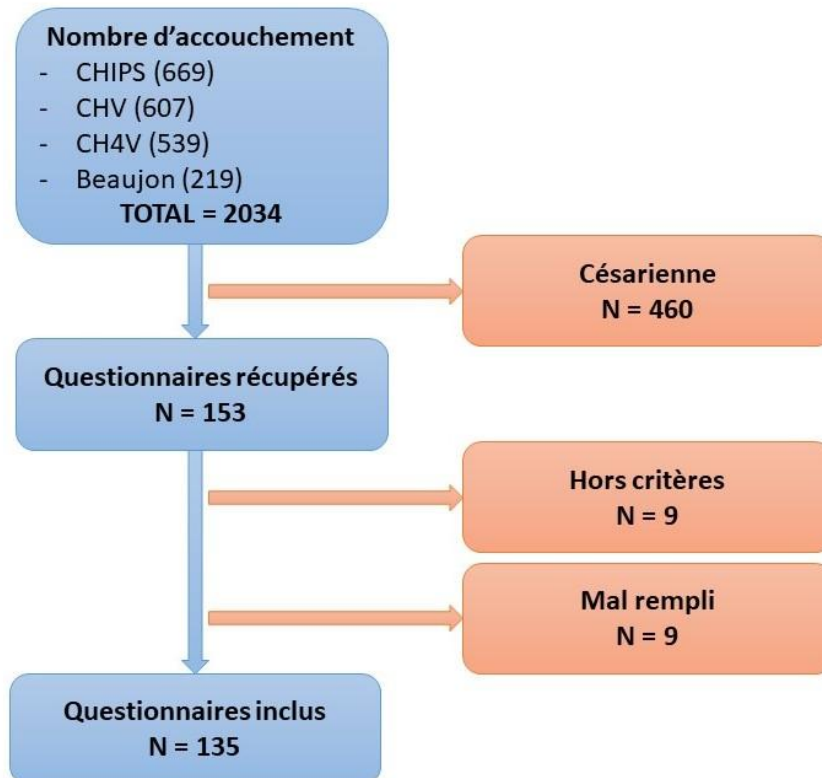
2.6 Démarches éthiques et réglementaires

Pour la réalisation de cette étude, nous avons effectué des demandes auprès des sages-femmes coordinatrices des SDN ainsi que des SDC de chaque hôpital. Nous avons aussi fait une déclaration à la CNIL pour le recueil de données auprès des patientes.

3 Résultats

3.1 Recueil de données

Parmi l'ensemble des patientes ayant accouché et rentrant dans les critères, toutes n'avaient pas eu d'étudiant sage-femme en salle de naissance. Nous avons donc récolté 135 questionnaires ce qui correspond à 6,6% des naissances dans ces 4 maternités pendant la période où le recueil a été effectué. La répartition est expliquée dans la Figure 1 ci-dessous.



CHIPS = Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy St Germain

CHV = Centre Hospitalier de Versailles

CH4V = Centre Hospitalier des 4 Villes

N = Effectifs total

Figure 1 : Diagramme de flux

3.2 Description de la population

Le tableau 1 présente les caractéristiques des 135 patientes ayant répondu au questionnaire. Parmi les femmes ayant répondu à l'étude, 109 (80,7%) d'entre elles ont accouché par voie basse spontanée tandis que 26 (19,3%) ont accouché de manière instrumentale. Pour 64 femmes (40,0%) de notre population, il s'agissait de leur premier accouchement et une grande majorité (123 sur 135 soit 91,1%) de notre population a eu recours à une analgésie péridurale.

Caractéristiques patientes	Total
	n (%)
	m ± sd
N = 135	31,3 ± 5,0
Age maternel (> 18 ans) (en années)	Me = 31 [19 ; 45]
Accouchement par voie basse	
Spontanée	109 (80,7%)
Instrumentale	26 (19,3%)
Complications (évoquées par la patiente)	
Oui	45 (33,3%)
Non	90 (66,7%)
Travaille dans le milieu médical	
Oui	15 (11,1%)
Non	120 (88,9%)
Nombre d'enfants après cet accouchement	
Primipare	54 (40,0%)
Multipare	81 (60,0%)
Accompagnement en salle de naissance	
Oui, par le conjoint	127 (94,0%)
Oui, par un proche	4 (3,0%)
Non	4 (3,0%)

Analgésie péridurale	
Oui	123 (91,1%)
Non	12 (8,9%)
Avertie de la possible présence d'un étudiant	
Oui	67 (49,6%)
Non	68 (50,4%)
Catégorie socio-professionnelle	
Agriculteur exploitant	1 (0,7%)
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	4 (3,0%)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	40 (29,6%)
Profession intermédiaire	10 (7,4%)
Employé	41 (30,4%)
Etudiant	3 (2,2%)
Ouvrier	0 (0%)
Sans profession	23 (17,1%)
Autre	13 (9,6%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de patientes

Le tableau 2 présente la population d'étudiants sages-femmes ayant accompagné les patientes. Il s'agit de données recueillies auprès des femmes. Les étudiants étaient majoritairement présents à la fois pendant le travail et pendant l'accouchement (n=99, 73,3%). Dans 42,2% des cas (57 femmes), les patientes étaient examinées à la fois par la sage-femme et par l'étudiant à chaque toucher vaginal.

Caractéristiques des étudiants sages-femmes	Total n (%)
Niveau d'études	
Plutôt début de cursus	15 (11,1%)
Plutôt fin de cursus	46 (34,1%)
Ne se souvient plus	40 (29,6%)
Non communiqué à la patiente	34 (25,2%)
Présence de l'étudiant lors de l'accouchement	
Travail + accouchement	99 (73,3%)
Début du travail	33 (24,5%)
Absent au début	3 (2,2%)
Réalisation des touchers vaginaux	
Etudiant seul	14 (10,4%)
Sage-femme seul	24 (17,8%)
Etudiant et sage-femme à tour de rôle	57 (42,2%)
Etudiant et sage-femme à chaque fois	40 (29,6%)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'étudiants sages-femmes

3.3 Principaux résultats

3.3.1 La prise en charge relationnelle par les étudiants sage-femmes

La figure 2 présente les bénéfices apportés par la prise en charge de la patiente par un étudiant sage-femme. Dans l'ensemble, les patientes ont trouvé la présence de l'étudiant très bénéfique (72,6%) et utile pour leur accouchement (89,6%). Le bénéfice moyen attribué par les patientes était de $8,01 \pm 2,28$. Elles ont aussi réussi à créer une relation de confiance dans 82,2% des cas.

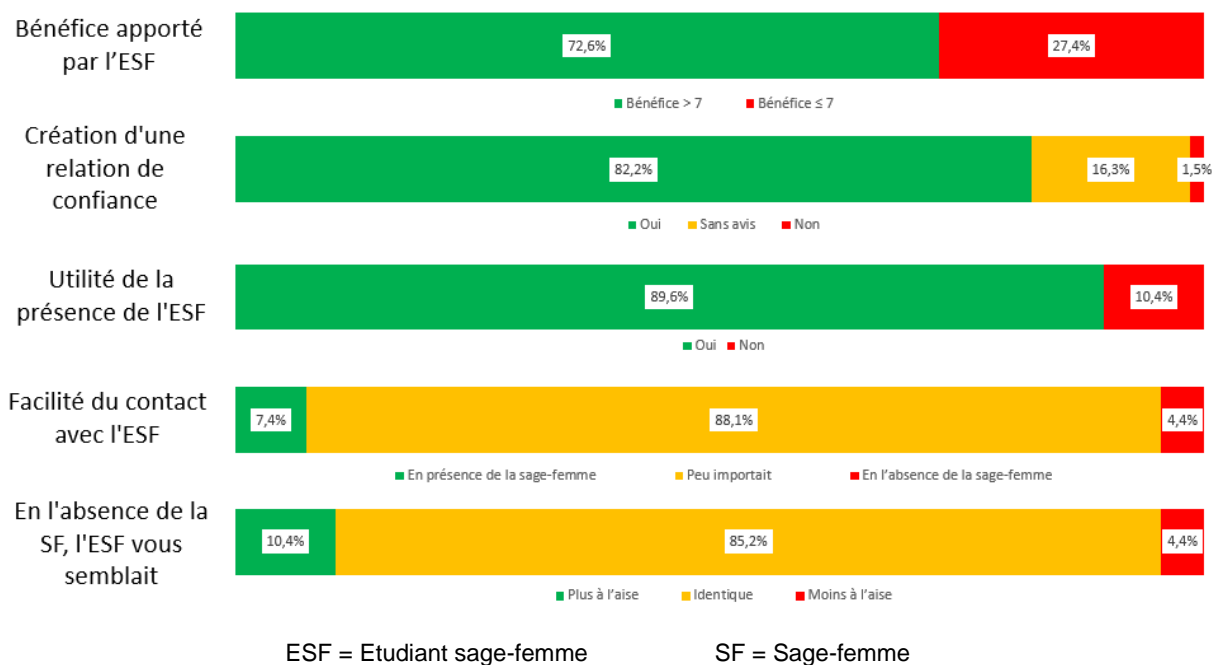


Figure 2 : Bénéfice de la prise en charge par un ESF

Nous avons demandé aux femmes pour quelles raisons celles-ci trouvaient la présence de l'étudiant utile, dans une question ouverte. Toutes les patientes n'ont pas pris le temps de préciser pourquoi la présence de l'étudiant sage-femme (ESF) était utile à leurs yeux mais 59,3% (n=80) d'entre elles ont permis de faire ressortir 5 grands thèmes. Ces thèmes sont : l'accompagnement (n=35, 43,8%), la réassurance

(n=25, 31,2%), l'apprentissage de l'ESF (n=19, 23,7%), la compétence (n=18, 22,5%) et la confiance (n=12, 15,0%).

Pour ce qui est de **l'accompagnement**, on a notamment retrouvé :

"Car j'ai accouché seule et sa présence m'a beaucoup aidée"

"Elle a été présente pendant tout le pré-travail : je me suis sentie plus proche d'elle, moins impressionnée ou gênée"

"Prenait le temps d'expliquer les étapes et permettait à l'équipe de se concentrer sur le reste"

Pour ce qui est de **la réassurance**, les patientes ont précisé :

"J'accouchais seule et sa présence m'a beaucoup aidée"

"Proximité, écoute, disponibilité, prise de certaine décision"

"Personne très rassurante qui apportait d'autres explications"

Les patientes ont considéré que la présence de l'ESF était utile pour **son apprentissage** futur :

"Plutôt important pour la mise en pratique de l'étudiant sage-femme."

Très utile pour la transmission des expériences"

"Pour assister la sage-femme, mettre en pratique et accroître ses compétences et expériences"

"Pour un bon apprentissage en milieu réel"

Pour ce qui est de **la compétence** de l'ESF, nous relevons :

"Je ne l'ai pas considérée comme une étudiante mais comme une sage-femme à part entière."

"Je n'ai pas remarqué à la longue qu'elle était étudiante car elle avait confiance en elle et en ce qu'elle faisait"

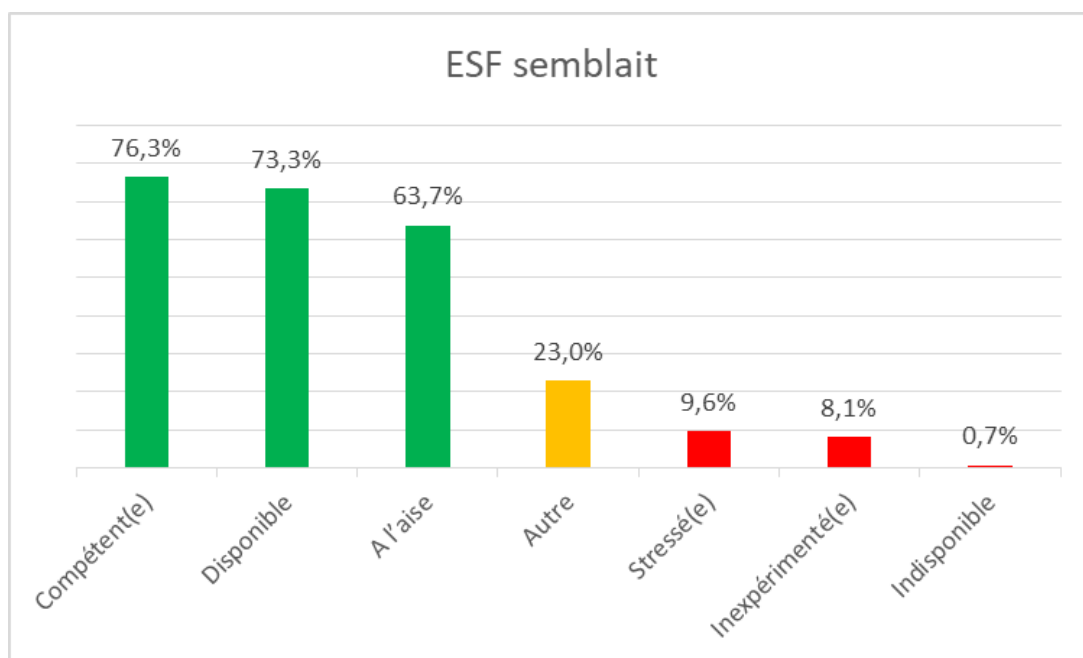
"Pour avoir une paire de mains supplémentaires"

Enfin, le dernier thème était **la confiance** accordée à l'ESF :

"Car même si elle est étudiante, elle a su nous mettre en confiance et répondre à nos questions"

"Avoir été entourée m'a mise plus à l'aise"

Les figures 3 et 4 présentent les adjectifs que les patientes ont attribués aux étudiants. Dans la figure 3, ce sont des adjectifs proposés dans une question fermée à choix multiples. Nous avons remarqué que les trois adjectifs les plus fréquemment retrouvés étaient des adjectifs positifs : compétent, disponible et à l'aise. Ces derniers étaient sélectionnés par plus de 60% des femmes. Par ailleurs, 48,1% (n=65) des patientes avaient sélectionné ces 3 adjectifs (compétent, disponible et à l'aise) ; et 20,7% (n=28) en avaient sélectionné 2 : compétent et disponible ou compétent et à l'aise ou bien disponible et à l'aise. Enfin, 3,0% (n=4) n'avaient attribué que des adjectifs négatifs à l'ESF.



ESF = Etudiant sage-femme

Figure 3 : Adjectifs qualifiant l'ESF

Dans la figure 4, ce sont des adjectifs proposés par les patientes quand celles-ci avaient coché la case "Autre" dans la question précédente. Il s'agissait donc d'une question ouverte. Les réponses apparaissent selon leur fréquence d'apparition. Seulement 23,0% (n=31) des patientes avaient coché la proposition "Autre". Il en est notamment ressorti :

"Rassurante" (n=9) "Ecoute" (n=4) "Présente" (n=3)

*"Bienveillante" "Appliquée" "Impliquée" "Respectueuse" "Douce"
"Attentionnée" (n=2)*

Mais aussi :

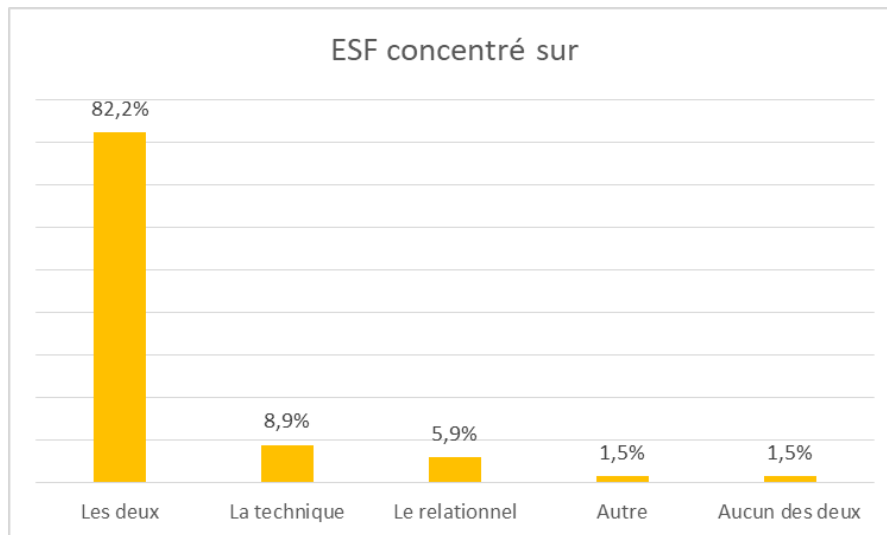
"Doit s'améliorer" "En retrait" "Concentré" (n=1)



Figure 4 : Adjectifs proposés par les patientes pour qualifier l'ESF

3.3.2 Compétences techniques de l'étudiant sage-femme

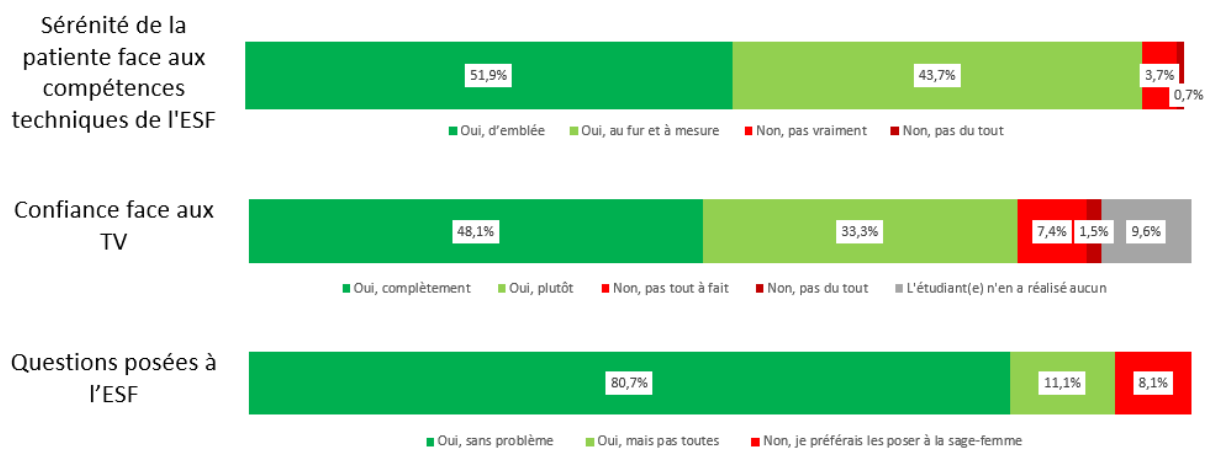
La figure 5 correspond à une question fermée et présente l'élément sur lequel l'étudiant se concentrait principalement lors de ses interactions avec les patientes qu'il a prises en charge. On a donc retrouvé dans 82,2% des cas, une concentration partagée à la fois sur la technique des soins et le relationnel.



ESF = Etudiant sage-femme

Figure 5 : La concentration de l'ESF selon la patiente

Dans la figure 6, nous avons recensé les compétences techniques de l'étudiant selon la patiente. Dans 51,9% des cas, les femmes ont été sereines d'emblée face aux compétences techniques de l'ESF mais pour 43,7% d'entre elles, cette sérénité n'est arrivée qu'au fur et à mesure de la présence de l'ESF. De même pour leur confiance dans l'évaluation de la dilatation de leur col, dans 48,1% des cas, elles leur faisaient complètement confiance et dans 33,3% des cas globalement confiance. Par ailleurs, dans 80,7% des cas, la patiente posait facilement ses questions à l'ESF lorsqu'elle en avait.



ESF = Etudiant sage-femme

TV = Toucher vaginal

Figure 6 : Les compétences de l'ESF selon la patiente

4 Discussion

L'objectif de ce mémoire était de voir comment les patientes acceptaient la présence d'un ESF lors de leur accouchement, si cette présence était un bénéfice ou une contrainte pour celles-ci. En effet, la place de l'étudiant nécessite de trouver un équilibre entre l'apprentissage nécessaire à l'ESF et l'intimité de la patiente. Dans le soin, la dimension au corps de l'autre étant omniprésente, la patiente est dans une situation de vulnérabilité. Selon les résultats obtenus, le but est d'essayer de proposer des solutions pour améliorer l'acceptation par les patientes.

4.1 Les principaux résultats

Notre première hypothèse était que les ESF ont apporté un bénéfice à la prise en charge relationnelle de la parturiente. D'après nos résultats, la présence de l'ESF est considérée comme utile (89,6%). L'ESF a su créer une relation de confiance (82,2%) avec la patiente et sa présence a apporté un bénéfice strictement supérieur à 7 sur 10 pour la plus grande majorité des patientes (72,6%). En moyenne, le bénéfice apporté est estimé à $8,01 \pm 2,28$. On peut donc dire que c'est une présence positive à la fois pour l'étudiant et pour la patiente. Par ailleurs, l'ESF semblait majoritairement compétent (76,3%), disponible (73,3%) et à l'aise (63,7%) selon les dires des femmes. Nous pouvons donc valider notre hypothèse. L'étudiant sage-femme apporte beaucoup à la prise en charge relationnelle de la patiente.

Notre seconde hypothèse était que l'ESF est considéré par la patiente comme compétent dans les touchers vaginaux (TV), que leur réalisation soit encadrée ou en autonomie. Dans 82,2% des cas, la femme a estimé que l'ESF était à la fois concentré sur la technique et sur le relationnel lors des actes qu'il a réalisés. Lors des examens du col de l'utérus (toucher vaginal), 48,1% des patientes faisaient complètement confiance à l'ESF et 33,3% plutôt confiance. Dans 80,7% des cas, la femme posait sans problème ses questions à l'ESF mais il est à noter que 8,1%

d'entre elles préféreraient les poser à la sage-femme (SF). Nous pouvons donc partiellement valider cette hypothèse.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Population de l'étude

4.2.1.1 Les patientes

Les patientes ayant répondu aux questionnaires avaient en moyenne 31,3 ans ce qui est légèrement supérieur à l'âge moyen des femmes lors de leur accouchement en France qui est de 30,8 ans selon l'INSEE en 2020 (29). Parmi les femmes de l'étude, 80,7% ont accouché par voie basse spontanée alors qu'en 2015 dans la population générale elles représentent 84,8% des accouchements par voie basse (5).

Presque la moitié des patientes de l'étude (40,0%) étaient des primipares. On peut donc dire que plus de la moitié (60,0%) avaient déjà une expérience ou plus d'accouchement auparavant. Par comparaison, la proportion de primipares en France en 2016 (5) était de 42,2%.

Une grande majorité des patientes (91,1%) a bénéficié d'une analgésie péridurale pour leur accouchement. Dans la population générale française, en 2015, le recours à une analgésie péridurale avait lieu dans 78,9 % à 82,2 % des accouchements (5).

La quasi-totalité des femmes (n=127, 94,0%) a été accompagnée par son conjoint pendant le travail et l'accouchement. Elles ont donc bénéficié d'une présence continue même en l'absence de la sage-femme ou de l'étudiant.

On peut donc en conclure que notre population n'est pas identique à la population française dans ses caractéristiques. Les patientes de l'étude sont en effet légèrement plus âgées, ont eu plus recours à un accouchement instrumental ou par césarienne. Elles ont par ailleurs eu plus souvent recours à une analgésie péridurale.

4.2.1.2 Les étudiants sages-femmes

Parmi la population des étudiants, il y a beaucoup de données manquantes dans notre étude. En effet, les patientes ne se souvenaient pas de l'année d'étude de l'ESF ou alors celle-ci ne leur avait pas été communiquée, dans plus de la moitié des cas. Par ailleurs, lorsque celles-ci s'en souvenaient, l'étudiant était 3 fois plus fréquemment en fin de cursus (34,1%) par rapport au début de cursus (11,1%).

Il y a plusieurs façons pour expliquer ces chiffres. Il y a beaucoup plus de semaines de stage en fin de cursus par rapport aux premières années d'étude ; par ailleurs, les ESF en début de cursus suivent moins de patientes simultanément que les ESF en fin de parcours. Cela leur permet de passer d'autant plus de temps avec la patiente soit juste pour discuter et la soutenir soit pour prendre le temps de faire les soins de la manière la plus optimale possible. En effet, dans un processus d'apprentissage, il est important de prendre le temps de réaliser un acte dans les règles de l'art pour ensuite réussir à accélérer la cadence tout en le réalisant correctement.

Enfin, une autre raison pourrait être que lorsque l'ESF se présente, la patiente est douloureuse, stressée par son accouchement, fatiguée et elle entend beaucoup d'informations en peu de temps: il y a donc sûrement un biais de mémoire à prendre en compte.

4.2.2 Prise en charge relationnelle de la patiente

La place d'étudiant étant souvent considérée comme un équilibre difficile à trouver, il est intéressant de voir que pour les patientes, toutes années d'étude confondues, cette présence était plutôt très bénéfique et utile. L'étudiant savait majoritairement créer une relation de confiance et le contact était facile avec le couple, que la SF soit présente ou non dans la salle avec l'ESF. Les patientes considéraient d'une part que la présence de l'ESF était utile pour son apprentissage, qui doit se faire en conditions réelles et non uniquement via des enseignements théoriques. D'autre part, la présence de l'ESF était utile car elle permettait une plus grande continuité de l'accompagnement du travail et de l'accouchement car celui-ci

pouvait se rendre plus souvent disponible que la sage-femme (SF). On peut donc en conclure que l'étudiant est tout à fait à sa place en salle de naissance et considéré comme un professionnel en devenir par les patientes.

Dans notre population, les résultats vont dans le même sens que dans la littérature. En effet, les ESF semblent globalement bien accueillis par les patientes qui se sentent en confiance et en sécurité vis-à-vis de l'ESF comme dans l'étude réalisée par J. Gasnier (19). En effet, dans notre analyse, le bénéfice apporté était de $8,01 \pm 2,28$ et dans l'étude de J. Gasnier, ce bénéfice était de $8,6 \pm 1,3$. Les patientes apprécient la relation qu'elles ont réussi à créer avec l'ESF. De la même façon que dans l'étude réalisée par C. Casas (18), les patientes considèrent que l'ESF est un appui, qu'ils les aident à gérer la douleur ou les efforts expulsifs. En effet, dans notre étude et dans celle de C. Casas, le thème qui revenait le plus fréquemment quant à l'avantage d'être suivi par un ESF était l'accompagnement : 43,8% dans notre échantillon et 48,37% dans celui de C. Casas avec comme sous-thème le soutien qui était dans notre étude un thème à part entière dans 31,2% des cas. Les compétences de l'ESF (22,5%) pouvaient se rapprocher du professionnalisme (32,52%) retrouvé dans l'étude de C. Casas. En revanche l'apprentissage de l'étudiant qui était récurrent dans notre étude (23,7%) n'apparaissait pas dans leur étude. Enfin, dans notre échantillon, on retrouvait presque 3 fois plus fréquemment la notion de confiance (15,0% contre 5,69%). Ces thèmes étaient issus de propos libres des patientes et il est donc évident que ceux-ci ne sont pas identiques dans deux échantillons différents. On peut cependant observer que ces thèmes sont proches.

Dans les commentaires libres laissés à la fin des questionnaires, plusieurs patientes précisaient que la présence de l'ESF avait permis que les gestes soient davantage expliqués (par la SF ou directement par l'ESF) : la raison pour laquelle ils étaient réalisés mais aussi leur réalisation en elle-même. En effet, l'ESF prenant en général en charge moins de patientes simultanément que la SF, cela lui permet de passer plus de temps avec le couple et de créer une relation plus forte notamment lors de gardes chargées. Cela rejoint les études réalisées sur la relation soignant-

patient qui montraient que la communication verbale et non verbale a une part prédominante dans le vécu des patients face à une prise en charge médicale (10–14,25). De même, le temps passé simplement à discuter est tout aussi important que le temps de soin (6,9,10). Il est donc important que l'ESF consacre à la patiente du temps uniquement dans le but de créer une relation de qualité.

Dans l'ensemble, les adjectifs proposés par les patientes pour qualifier l'ESF étaient positifs et plutôt des adjectifs qualifiant les capacités relationnelles de l'ESF. On pouvait donc se dire que l'expérience était plutôt enrichissante pour la patiente autant que pour l'ESF, ce qui était aussi montré dans les mémoires réalisés à d'autres occasions dans les autres régions françaises (18–21). En effet, E. Rebillon (20) a mené une étude qui montrait l'importance d'un accompagnement de qualité au niveau humain pour les patientes au cours de leur accouchement. La satisfaction globale des patientes était supérieure quand l'ESF apportait une attention particulière au relationnel ($8,7 \pm 1,6$) par rapport à ceux qui semblait davantage concentrés sur la technique ($7,6 \pm 2,2$) mais sans différence significative ($p=0,09$) dans l'étude de E. Rebillon. Notre étude nous montrait que c'était en effet un élément prépondérant aux yeux des patientes car celles-ci attribuaient des qualités relationnelles aux ESF plus fréquemment : l'accompagnement (43,8%), la réassurance (31,2%), la confiance (15,0%). Celles-ci mettaient le relationnel en lien avec la qualité ressentie du travail réalisé par l'ESF. En effet, dans une étude menée à Limoges par C. Leonce (21), les patientes avaient une vision positive de l'ESF et notamment de son savoir-être. Celles-ci étaient globalement satisfaites de leur prise en charge par l'ESF qu'elle considérait comme pré-professionnel ($> 35\%$) voire professionnel ($> 30\%$). Nos résultats vont aussi dans ce sens. Les patientes étaient sereines vis-à-vis des compétences techniques de l'ESF, comme développé dans la partie suivante.

Environ une patiente sur deux ($n=68$, 50,4%) n'était pas au courant qu'elle pouvait être accompagnée par un ESF lors de son arrivée à la maternité. Il serait donc intéressant d'essayer de renseigner plus systématiquement les patientes sur la présence éventuelle d'un ESF lors de leur accouchement. Cela ne semble pas changer leur choix d'hôpital. Ce chiffre est très élevé contrairement à l'étude de J.

Gasnier (19), où les patientes n'étaient que 10,3% à ne pas être au courant, soit environ 5 fois moins que dans notre étude.

4.2.3 Compétences techniques de l'étudiant sage-femme

En ce qui concerne de la concentration, nous avons vu que, selon la patiente, l'étudiant est à la fois dans le relationnel et dans la technique. Il s'agit donc d'un apprentissage dans les deux domaines. En effet, dans les métiers du soin comme celui de sage-femme, le relationnel tient une place aussi importante que la technique. Le but étant que la patiente ait la sensation que le soignant n'est là que pour le relationnel et non pas pour la technique qui doit se réaliser de façon presque invisible.

La grande majorité des patientes étaient sereines face aux compétences techniques de l'ESF. Soit d'emblée (51,9%), soit au fur et à mesure que celui-ci les prenaient en charge (43,7%). Elles faisaient confiance à l'ESF lors de l'évaluation de la dilatation du col de l'utérus et posaient par ailleurs facilement leurs questions à l'ESF même si 8,1% préféraient les poser à la SF. En revanche, 1,5% des femmes, n'avaient aucune confiance en l'ESF. Même si ce chiffre est faible, cela montre l'importance de s'assurer du consentement de la patiente à accepter d'être suivies par un ESF. Par ailleurs, ces résultats sont à mettre en regard avec le fait que rares sont les femmes qui n'ont été examinées que par l'ESF (10,4%). La plupart du temps l'examen était réalisé par la SF et par l'ESF à chaque examen (29,6%), ou bien à tour de rôle (42,2%). Ces résultats peuvent être comparés à ceux de C. Leonce (21), qui établissaient que plus de 35% des patientes interrogées considéraient l'ESF comme un futur professionnel et 30% comme un professionnel. Dans notre échantillon, 76,3% des femmes considéraient l'ESF comme compétent. On peut donc en conclure que les femmes ont confiance en l'ESF et le voient comme un acteur à part entière de leur prise en charge.

Les examens vaginaux sont des soins fréquents dans le suivi du travail d'une femme car c'est en fonction de l'avancée de la dilatation que les décisions vont être prises pour le déroulement du travail (décider de la rupture artificielle de la poche de

eaux, débiter l'ocytocine, réaliser une césarienne ou bien une extraction instrumentale etc...). Le TV est donc au cœur du suivi du travail. Il est aussi un moment où l'étudiant rentre dans l'intimité de la patiente et il doit à la fois savoir réaliser ce geste de façon efficace, rapide, en trouvant l'information cherchée (dilatation, présentation, variété) et sans induire de douleur pour la femme. A propos de leur réalisation, on remarque qu'il était rare que les ESF examinent seuls les patientes (10,4%). Dans la plupart des cas (42,2%), la SF et l'ESF examinaient à tour de rôle la patiente. Ce résultat est à rapprocher de la confiance que les patientes accordaient à l'ESF lors des TV. En effet, dans la plupart des cas, la patiente faisait complètement confiance à l'ESF (48,1%) ou plutôt confiance (33,3%). On peut se dire que la patiente, si elle est d'accord, pourrait éventuellement être plus souvent examinée uniquement par l'étudiant, avec l'accord de la sage-femme car l'ESF est sous sa responsabilité médicale.

On peut donc dire que l'expérience des patientes face aux étudiants est plutôt satisfaisante et positive tant dans la prise en charge relationnelle de la patiente (note supérieure à 7 sur 10 dans 72,6% des cas), que dans la création d'une relation de confiance pour 82,2% des patientes. L'utilité de la présence de l'ESF a été appréciée dans 89,6% des cas.

Les patientes considéraient l'ESF comme concentré à la fois sur le relationnel et la technique (82,2%), un point essentiel pour leur pratique future. Les patientes étaient sereines d'emblée (51,9%) ou le sont devenues au fur et à mesure de leur prise en charge (43,7%) vis-à-vis des compétences techniques de l'ESF, ce qui est indispensable à un bon vécu de l'accouchement. Par ailleurs, les patientes faisaient confiance aux ESF lors de l'évaluation de la dilatation du col de l'utérus et osaient leur poser des questions (80,7%). Les ESF ont donc une place particulière et dédiée en salle de naissance auprès des couples.

4.3 Forces et limites de l'étude

Grâce au recueil qui a été réalisé dans différentes maternités, nous avons pu avoir accès à des patientes de situations très diverses (catégories socio-professionnelles, origines, âges...). Celui-ci a eu lieu dans plusieurs hôpitaux sur une période de 10 semaines environ. Notre étude s'est donc trouvée enrichie par le grand nombre de professionnels et d'étudiants concernés.

La quantité de questionnaires récupérés sur cette courte période est une force de cette étude. Toutes les patientes ne sont pas suivies par des ESF. Or, 135 questionnaires ont été récupérés en 10 semaines environ, ce qui fait proportionnellement beaucoup.

Les quatre maternités étaient de différents niveaux. Les professionnels et les étudiants n'y travaillent pas de la même façon. Beaucoup d'éléments qui influencent la relation avec le couple diffèrent : le stress, le rapport à l'urgence, la présence ou non d'une équipe médicale pluridisciplinaire sur place, l'habitude face à la pathologie rencontrée...

Le nombre de questionnaire récupérés est plus faible que le nombre de patientes ayant accouché avec un ESF durant notre recueil de données. En effet, un certain nombre de patientes ayant été sollicitées pour répondre au questionnaire ne se souvenaient plus si un ESF les avait assistées. Il y a parfois beaucoup de personnes en salle d'accouchement et les patientes ne souviennent pas du rôle de chacun. Par ailleurs, il n'est pas forcément noté dans le dossier qu'un ESF était présent en salle de naissance.

Un mode de recueil directement en salle de naissance aurait permis de cibler l'ensemble des patientes ayant vu un ESF. Nous avons choisi de ne pas procéder ainsi. Les couples en salle de naissance vivent les premiers moments avec leur nouveau-né. Il est si important de respecter ce moment essentiel de leur vie. De plus, si l'étudiant distribuait directement un questionnaire à la patiente qu'il avait suivi, celle-ci n'aurait pas été très libre dans ses réponses.

Nous n'avons malheureusement pas pu interroger les patientes ne parlant pas français car il leur aurait été compliqué de répondre au questionnaire. Cela aurait pourtant été intéressant de voir si leur avis avait été le même que celui des patientes ayant répondu.

Les patientes ayant accouché prématurément ont aussi été exclues de l'étude. Elles ont souvent besoin d'un accompagnement différent de celui-ci des femmes accouchant dans des conditions optimales. Il serait intéressant de connaître leur avis dans la gestion de la prématurité par les ESF.

Les patientes ayant accouché par césarienne n'ont pas été incluses dans l'étude. Lorsque la césarienne est programmée, les patientes sont rarement accompagnées par un ESF et si elles le sont, cet accompagnement ne dure généralement pas très longtemps. En cas de césarienne en urgence, les patientes ont probablement un vécu plus traumatique de leur accouchement selon les conditions dans lesquelles la césarienne a eu lieu. L'accompagnement par l'ESF pourrait dans ce cas être ressenti différemment. Il aurait été intéressant d'avoir ce point de vue.

Cette étude a été réalisée uniquement dans des maternités de l'Ouest parisien. On peut se demander s'il n'y a pas un biais de recrutement et il serait intéressant de voir si les avis dans d'autres régions de France seraient les mêmes.

L'un des principaux biais de notre étude est le biais de mémoire. En effet, il arrive souvent que la patiente ne se souvienne pas si elle a été accompagnée ou non par un ESF ou si l'étudiant qu'elle a eu était un étudiant sage-femme ou étudiant en médecine. Dans ce cas, il n'a pas été possible de distribuer de questionnaires. Par ailleurs, quand elle avait vu un étudiant, il n'était pas rare qu'elle ne se souvienne pas (29,6%) si celui-ci était en début ou en fin de cursus. Ce qui a empêché de voir s'il y avait des différences d'évaluation selon le niveau d'études de l'ESF.

4.4 Perspectives

A l'issue de cette étude, un certain nombre d'éléments nous paraîtrait intéressant à approfondir. Nous en avons listé six que nous détaillons ci-dessous.

Les patientes ne parlant pas le français ne pouvaient pas répondre au questionnaire. Cependant, il serait intéressant de voir la façon dont les étudiants arrivent à gérer la difficulté d'une barrière de la langue et les conséquences pour la patiente.

Si une patiente n'est pas en confiance avec l'ESF, il serait intéressant d'évaluer si cela a une influence sur sa manière de vivre son accouchement. Nous savons que quand la patiente a un mauvais vécu, elle a plus de risques de faire une dépression du post-partum (30). Il serait donc intéressant de voir si la présence de l'ESF pourrait influencer à ce point le vécu de la femme et notamment si celle-ci s'est sentie libre de refuser la présence d'un ESF lors de son accouchement, si elle a pu l'exprimer au professionnel de santé et si une alternative était envisageable. Nous n'avons pas cherché cet élément dans notre étude.

Nous avons pu remarquer que 94,0% (n=127) de nos patientes étaient accompagnées par leur conjoint. On peut donc en conclure qu'elles n'étaient pas seules lorsque la sage-femme et l'ESF n'étaient pas dans la pièce. Il serait intéressant de s'intéresser aux patientes qui accouchent sans proche pour voir si la présence de l'étudiant leur a paru semblable ou plus utile qu'aux patientes bénéficiant d'un accompagnement continu.

Nous avons pu voir l'importance de la communication avec le patient dans cette étude et lors de la revue de la littérature (11,25). Il serait donc intéressant d'inclure des enseignements à ce sujet au cours des études de maïeutique pour compléter l'apprentissage réalisé lors des stages. La création du statut de Maître de stage ou la mise en place d'un tuteur référant pourrait par ailleurs aider les ESF dans leur apprentissage de la communication.

Au cours de cette enquête, nous avons recueilli avec chaque questionnaire, l'avis d'une patiente à propos de la présence d'un étudiant précis et pour la naissance de cet enfant. Leur avis a été recueilli en SDC dans les premiers jours suivant leur accouchement, les patientes n'ont peut-être pas encore eu le temps nécessaire pour réfléchir à tête reposée sur le déroulement de leur accouchement. On peut se demander si cet avis évolue à plus ou moins long terme et de pouvoir étudier si elles accepteraient ou pas la présence d'un étudiant lors d'un accouchement ultérieur.

Conclusion

On peut donc conclure par cette étude que la présence des étudiants sages-femmes est plutôt bien acceptée par les patientes et ce, dans l'ensemble des différents hôpitaux où a eu lieu le recueil. A posteriori, les femmes semblent avoir trouvé la présence de l'étudiant plutôt bénéfique et utile à leur accouchement. La relation entre la patiente et l'étudiant est donc un atout pour tous les deux : la patiente aura bénéficié d'une présence plus fréquente au cours de son accouchement ; l'étudiant, de son côté, aura appris son métier dans des conditions réelles.

Les patientes voient l'étudiant comme un futur professionnel, ayant évidemment besoin de se perfectionner mais sachant déjà trouver sa place dans la prise en charge et réalisant de manière professionnelle les soins adaptés à son niveau. Les étudiants ont donc un rôle défini qui leur est propre dans la prise en charge de l'accouchement des patientes, au même titre que les professionnels de santé diplômés.

Cette étude montre à nouveau que la relation soignant-patient doit être au cœur de tout acte médical et que la communication doit, elle aussi, avoir une place prédominante pour qu'il y ait une bonne synergie dans le soin. L'importance de l'accompagnement continu de la parturiente est à nouveau démontrée.

Au cours des études de sage-femme, les étudiants doivent donc acquérir à la fois du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

" Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours " - Louis Pasteur

Bibliographie

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 22 juillet 2005 fixant le nombre d'heures de stages cliniques devant être effectuées par les étudiants sages-femmes sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession de sage-femme dans les conditions prévues à l'article L. 4151-6 du code de la santé publique [Internet]. Journal officiel n°0170 juill 22, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002269414>
2. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
3. ONSSF » Compétences & rôle [Internet]. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/modalites-dinstallation-et-dexercice-2/>
4. Fiche métier - Sage-femme [Internet]. Onisep. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/sage-femme>
5. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 28 avr 2016 [cité 16 janv 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
7. Vaast I. L'accompagnement des étudiants par l'enseignant sage-femme : le juste équilibre d'une démarche singulière. Vocat Sage-Femme. mars 2014;13(107):21- 5.

8. Responsabilité de la sage-femme dans le suivi de la grossesse [Internet]. CNSF; 2017. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/responsabilité-SAGE-FEMME-2016.pdf>
9. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
10. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 6 juill 2017 [cité 16 janv 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
11. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413- 25.
12. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1957. 419 p.
13. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 22 avr 1992;267(16):2221- 6.
14. Benedetto C. Doctor-patient relationship: which aspects are basic for a working relationship ? Int J Gynecol Obstet. oct 2012;119:S169- S169.
15. Acharya G. Putting patient care back in focus. Acta Obstet Gynecol Scand. mai 2015;94(5):447- 8.
16. Pecheux L. Le vécu des études de sciences maïeutiques : approche sociologique à partir d'entretiens et de questionnaires au sein des écoles de Sages-femmes de Brest, Caen, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours. Mém Ecole Sage-Femme Rennes. 2016;118.
17. Babin M. Le stress de l'étudiant sage-femme. Mém Ecole Sage-Femme Reims. 2008;92.
18. Casas C. L'étudiant sage-femme en salle de naissance: une valeur ajoutée pour les couples? Mém Ecole Sage-Femme Rouen. 2015;110.
19. Gasnier J. La relation étudiant-patient: accueil et perception de l'étudiant sage-femme par les patientes au CHU de Caen. Mém Ecole Sage-Femme Caen. 2015;89.
20. Rebillon É. Le vécu des femmes accompagnées par un étudiant sage-femme lors du travail et de l'accouchement: étude descriptive transversale auprès de 125

patientes dans une maternité de type III. Mém Ecole Sage-Femme Clermont-Ferrand. 2018;109.

21. Leonce C. Les étudiants sages-femmes vus par les patientes. Mém Ecole Sage-Femme Limoges. 2016;55.

22. Thunes S, Sekse RJT. Midwifery students first encounter with the maternity ward. Nurse Educ Pract. 1 mai 2015;15(3):243- 8.

23. Satisfaction [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/satisfaction>

24. Larousse É. Satisfaction [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>

25. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient: Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé. Polit Commun. 2017;N° 9(2):63.

26. Vasseur A, Cabié M-C. La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. Rech Soins Infirm. 2005;N° 82(3):43.

27. Larousse É. Compétence [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>

28. Compétence [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/competence>

29. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. INSEE. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>

30. Chabbert M, Devouche E, Rozenberg P, Wendland J. Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. L'Encéphale. nov 2020;S0013700620302050.

Annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes

<p>L'accompagnement en salle de naissance par les étudiants sages-femmes : étude auprès des femmes</p>

Bonjour, je suis une étudiante en 4ème année au Département de Maïeutique de l'Université de Versailles - Saint Quentin en Yvelines qui est rattachée à l'hôpital de Poissy.

Dans le cadre de mon mémoire de sage-femme, j'étudie l'accompagnement des couples en salle de naissance par les étudiants sages-femmes du point de vue des couples.

Pour cela, j'aurais besoin que vous preniez le temps de remplir ce questionnaire de satisfaction de 31 questions qui prend environ 8 minutes.

La perspective de ce travail est de réfléchir à ce que nous pouvons mettre en place pour que la présence des étudiants en stage soit un atout pour vous lors de votre accouchement.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Cordialement,

Marjolaine Olier, étudiante sage-femme

Anne Rousseau MCF Maïeutique - Université Versailles Saint Quentin en Yvelines

Partie 1 : Inclusion dans l'étude

1. Avez-vous plus de 18 ans ?
 - a. Oui
 - b. Non
2. Parlez-vous français ?
 - a. Oui
 - b. Non

3. Avez-vous accouché par les voies naturelles (voie basse) sans instrument : ni ventouse, ni forceps ?
 - a. Oui
 - b. Non
4. Avez-vous accouché à terme (moins d'un mois avant votre terme), c'est-à-dire à plus de 37 semaines d'aménorrhées ?
 - a. Oui
 - b. Non

Si vous avez répondu "Non" à l'une des questions précédentes vous pouvez arrêter le questionnaire. Nous vous remercions cordialement.

Partie 2 : Renseignements généraux

5. Votre grossesse et votre accouchement ont-ils présentés des complications ?
 - a. Oui
 - b. Non

Si oui, lesquelles :
6. Quel âge avez-vous ? (nombre d'années uniquement)
7. Travaillez-vous dans le milieu médical ?
 - a. Oui
 - b. Non
8. Quelle est votre profession ?
 - a. Agriculteur exploitant
 - b. Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
 - c. Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 - d. Profession intermédiaire (instituteur, fonctionnaire, employé administratif ...)
 - e. Employé
 - f. Etudiant
 - g. Ouvrier
 - h. Sans profession
 - i. Autre

9. Combien avez-vous d'enfants (avant cet accouchement) ? (nombre uniquement)
10. Avant votre arrivée en salle de naissance, étiez-vous au courant que vous pouviez être accompagnée par un(e) étudiant(e) sage-femme ?
 - a. Oui
 - b. Non
11. Si non, cela aurait-il changé votre choix de maternité ?
 - a. Oui
 - b. Non
12. Pour cette naissance, étiez-vous accompagnée d'une personne de votre choix ?
 - a. Oui, par mon conjoint
 - b. Oui, par un proche
 - c. Non
13. Avez-vous eu une anesthésie péridurale ?
 - a. Oui
 - b. Non

Partie 3 : Renseignements sur l'étudiant(e) sage-femme

14. Savez-vous en quelle année d'étude était l'étudiant(e) sage-femme qui vous a accompagné(e) ?
 - a. Oui, plutôt en début de cursus
 - b. Oui, plutôt en fin de cursus
 - c. Non, je ne me souviens plus
 - d. Non, il ne l'a pas dit
15. L'étudiant(e) sage-femme était-il présent à l'accouchement ?
 - a. Oui tout le temps du travail et de l'accouchement (naissance et délivrance)
 - b. Oui au début mais ensuite il est parti
 - c. Non pas au début
 - d. Non pas du tout

16. De manière générale, est-ce que vous posez vos questions à l'étudiant(e) sage-femme ?

- a. Oui, sans problème
- b. Oui, mais pas toutes
- c. Non, je préférerais les poser à la sage-femme

17. Lorsque l'étudiant(e) sage-femme vous répondait, était-il sûr de sa réponse ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Quand il ne savait pas, il allait demander à la sage-femme

18. Selon vous, sur une échelle de 0 à 10, quel a été le bénéfice apporté par l'étudiant sur le plan relationnel

0 (aucun bénéfice) _____ 10 (très bénéfique)

19. Est-ce que la relation construite avec l'étudiant(e) sage-femme vous a permis de vous sentir en confiance ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Sans avis

20. Avez-vous trouvé utile la présence de l'étudiant(e) sage-femme ?

- a. Oui
- b. Non

Pourquoi ?

21. Quand est-ce que le contact avec l'étudiant(e) était plus simple ?

- a. En présence de la sage-femme
- b. En l'absence de la sage-femme
- c. Peu importait

22. En l'absence de la sage-femme, l'étudiant(e) sage-femme vous semblait :

- a. Plus à l'aise
- b. Moins à l'aise
- c. Identique

Partie 4 : Un soin en particulier, le toucher vaginal

ATTENTION, nous allons maintenant nous concentrer sur le moment du toucher vaginal, c'est-à-dire, l'évaluation de la dilatation du col de l'utérus.

23. Avant le premier toucher vaginal, des explications sur l'intérêt du geste vous ont-elles été données ?

- a. Oui
- b. Non

24. Si oui, par qui ?

- a. L'étudiant(e) sage-femme
- b. La sage-femme
- c. L'étudiant(e) et la sage-femme

25. Comment se sont organisés les touchers vaginaux au cours de votre travail ?

Ils étaient réalisés par :

- a. L'étudiant(e) sage-femme seul
- b. La sage-femme seule
- c. L'étudiant(e) et la sage-femme à tour de rôle
- d. L'étudiant(e) et la sage-femme à chaque examen

26. Lors des évaluations de la dilatation, faisiez-vous confiance à l'étudiant(e) sage-femme ?

- a. Oui, complètement
- b. Oui, plutôt
- c. Non, pas tout à fait
- d. Non, pas du tout

27. Pour vous, l'étudiant(e) sage-femme était davantage concentré sur :

- a. La technique
- b. Le relationnel
- c. Les deux
- d. Aucun des deux
- e. Autre :

28. D'une manière globale, avez-vous trouvé l'étudiant(e) : (plusieurs réponses possibles)

- a. Compétent(e)
- b. Inexpérimenté(e)
- c. Stressé(e)
- d. A l'aise
- e. Disponible
- f. Indisponible
- g. Autre :

29. Vous sentiez-vous sereine vis-à-vis des compétences techniques de l'étudiant(e) sage-femme ?

- a. Oui, d'emblée
- b. Oui, au fur et à mesure
- c. Non, pas vraiment
- d. Non, pas du tout

30. Selon vous, sur une échelle entre 0 et 10, l'étudiant(e) sage-femme est-il un acteur important de la prise en charge de votre accouchement ?

0 (peu important) _____ 10 (très important)

31. Remarques libres :

Nous vous remercions vivement de votre participation.

Si besoin, vous pouvez nous contacter par mail à cette adresse :
XXXXXX@ens.uvsq.fr