

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Perception des étudiants sages-femmes par les couples en salle de naissance du CHU de Poitiers

Étude observationnelle, transversale, descriptive, portant sur les accouchées d'octobre 2019 à mars 2020 de la maternité du CHU de Poitiers

Mémoire soutenu le 24 Juin 2020

Par Melle Auriane ANSELME

Né(e) le 05 Juillet 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2020

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame DEPARIS, sage-femme

Membres : Madame POUPARD, sage-femme enseignante

Madame BERCE BRELET, sage-femme

Directeur de mémoire : Monsieur MILOT, Sage-femme



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

École de Sages-femmes de Poitiers

Mémoire de fin d'étude

Perception des étudiants sages-femmes par les couples en salle de naissance du CHU de Poitiers

Étude observationnelle, transversale, descriptive, portant sur les accouchées d'octobre 2019 à mars 2020 de la maternité du CHU de Poitiers

Auriane ANSELME

Directeur de mémoire : M. Denis MILOT

Tutrice et directrice de l'école de Sage-femme : M^{me} Sylvie GUINOT

Mai 2020



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
École de Sages-femmes de Poitiers

Mémoire de fin d'étude

Perception des étudiants sages-femmes par les couples en salle de naissance du CHU de Poitiers

Étude observationnelle, transversale, descriptive, portant sur les accouchées d'octobre 2019 à mars 2020 de la maternité du CHU de Poitiers

Auriane ANSELME

Directeur de mémoire : Mr Denis MILOT

Mai 2020

Tutrice et directrice de l'école de Sage-femme : Mme Sylvie GUINOT

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont aidé à la réalisation et l'écriture de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire Monsieur Denis MILOT, pour sa patience, sa disponibilité, et son aide précieuse pour ce mémoire et plus globalement tout au long de mon cursus universitaire.

Je remercie également M^{me} Sylvie GUINOT directrice de l'école de Sages-femmes et tutrice de ce mémoire, pour ses relectures et conseils avisés.

Je remercie toutes les enseignantes de l'école de Sages-femmes de Poitiers : M^{me} CONTAL, M^{me} PAPIN, M^{me} DEPARIS pour leurs présences durant ces quatre années d'école inoubliables. Merci plus particulièrement à M^{me} JUNIER LOUARN pour m'avoir écouté râler, pleurer, rigoler, stresser... pas faciles ces études de Sage-femme !

Merci à mes parents pour votre soutien et votre amour infini depuis toujours, mon frère Alexandre pour toutes tes vidéos de chatons et d'Animal Crossing. Merci à ma marraine Sylvie pour mon super stage à Marmande, et à mon parrain Thierry pour notre futur saut en parachute !

Merci à mes camarades de promotion : Alexia pour notre amitié depuis cette rentrée de Seconde, Cycy pour toujours rigoler à mes blagues nulles, Djoudjou de la team Mignaloux, Jeanne pour avoir toujours été là... dans l'ombre... !

Merci aussi à mes amis pour apporter de la joie à mon quotidien depuis des années : Noémie pour ton amitié qui m'est devenue indispensable, Eloïse ma psy' perso, Laura et Mel pour toutes nos soirées imprévues (mais pas si mal finalement...), Flore pour nos retrouvailles il y a 3 ans et ce fameux week-end de Pâques ensemble, Arnaud (aka Ariel mon photographe attitré des vacances à l'île d'O'), Marc pour avoir réussi à me supporter pendant nos entraînements et compétitions de danse, Antoine, Elodie, Axel... et tous les autres.

TABLE DES MATIERES

<u>1 INTRODUCTION</u>	6
<u>2 MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	8
2.1 Objectifs et Hypothèses.....	8
2.2 Schéma d'étude.....	8
2.3 Population.....	9
2.4 Critères de jugement.....	9
2.5 Mode de collecte.....	10
2.6 Explication du questionnaire et déroulement de l'étude.....	10
2.7 Aspects éthiques et règlementaires.....	12
<u>3 RÉSULTATS</u>	13
3.1 Description générale de la population.....	13
3.2 Description de l'accouchement.....	14
3.2.1 Choix d'accoucher au CHU de Poitiers.....	14
3.2.2 Mode d'accouchement et anesthésie.....	14
3.3 L'arrivée à l'hôpital.....	15
3.3.1 Motif de la consultation d'urgence et prise en charge.....	15
3.4 La consultation d'urgence.....	16
3.4.1 Ressenti général.....	16
3.4.2 Confiance et gestes techniques.....	16
3.5 La salle d'accouchement.....	17
3.5.1 Année d'étude.....	17
3.5.2 Ressenti de la présence d'un étudiant.....	18
3.5.3 Confiance accordée et savoir-être.....	19
3.5.4 Gestes techniques et sécurité.....	20
3.6 Satisfaction globale.....	20

<u>4 DISCUSSION</u>	22
4.1 Principaux résultats.....	22
4.2 Limites de l'étude et points forts.....	22
4.3 Discussion des résultats.....	24
4.3.1 Population étudiée.....	24
4.3.2 Consultation d'urgence.....	26
4.3.3 Salle de naissance.....	26
4.3.3.1 L'influence de l'année d'étude.....	26
4.3.3.2 Présence et comportement de l'étudiant.....	27
4.3.3.3 Confiance et sécurité.....	28
4.3.3.4 Satisfaction globale.....	29
<u>CONCLUSION</u>	30
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	31
<u>ANNEXES</u>	33
<u>RESUME</u>	38

1 INTRODUCTION

La parentalité est une des expériences qui peut venir bouleverser toute une vie, tant par son côté heureux que par les chemins semés d'embûches qu'elle peut comporter, menant parfois les couples à des décisions lourdes pour eux ou leurs futurs enfants [1]. Cette expérience singulière, les sages-femmes et tous les soignants médicaux et paramédicaux s'efforcent chaque jour de la rendre unique pour tous les futurs parents. Le vécu de cette période singulière qu'il soit bon ou mauvais est intéressant à étudier, notamment par la recherche du bien-être de nos patients qui doit être une priorité de santé publique.

Les étudiants sages-femmes sont concernés par ce bien-être, car dès leur arrivée dans l'école ils sont plongés dans l'univers hospitalier. En effet les stages en milieu hospitalier représentent plus de la moitié des études de sage-femme. A l'école de Poitiers, les trois dernières années sont composées de 72 semaines de stages et de 57 semaines de cours (Annexe 1). Cela permet de mettre à profit les cours théoriques et de les ancrer dans une pratique professionnelle. Les stages servent aussi à assimiler des gestes médicaux précis, le tout encadré par des professionnels expérimentés, afin de permettre aux étudiants de devenir eux-mêmes des professionnels compétents. Les stages doivent permettre en outre de développer l'identité professionnelle du futur soignant [2] et de l'amener progressivement vers de plus grandes responsabilités.

Les pratiques déontologiques/éthiques et le côté relationnel s'acquièrent également par leur pratique (à savoir accompagnement, patience, écoute, réassurance etc). Grâce à l'accumulation de tous ces champs de compétences, l'objectif de la formation de sage-femme s'organise autour de 3 axes qui peuvent s'intriquer les uns aux autres [3] :

-le **savoir** : connaissances acquises par des enseignements théoriques et capacité à développer une intelligence critique,

-le **savoir-faire** : maîtrise des gestes techniques,

-le **savoir-être** : comportement et attitude adaptés à une situation donnée afin de développer une communication verbale et non verbale.

Parmi tous les services rencontrés pendant la formation, c'est celui de la salle de naissance qui est le plus représenté. La modalité du suivi périnatal représente pas moins de

53% des stages au cours des L3, M1 et premier semestre de M2. Au départ, face à ce contexte inconnu, c'est inévitablement la compétence du savoir être qui va venir se développer plus vite que les autres. En début de formation généralement, l'étudiant va chercher à compenser un manque de connaissance par la chose la plus simple qu'il puisse néanmoins apporter à une femme en travail, à savoir un accompagnement et un soutien sans faille. La qualité nécessaire qu'est l'empathie va alors se développer ici, et permettre à la patiente de se sentir écoutée, comprise et permet l'établissement d'une relation de confiance entre le couple et l'étudiant.

La patiente se sentira donc plus libre de se confier, exprimant ainsi ses doutes, ses craintes ainsi que ses attentes pour vivre au mieux cette nouvelle parentalité. Les auteurs R. Stewart et M. Szejer mettent en évidence dans leur ouvrage [4] que les femmes peuvent être angoissées, paniquées ou même effrayées à l'idée de donner la vie (peur de la douleur ou de la mort par exemple). Les couples comptent donc sur la sage-femme et les soignants qui l'entourent pour leur apporter soutien, accompagnement et professionnalisme [5], éléments essentiels pour apaiser la femme en travail et viser un bon déroulement de celui-ci [6].

Mais les étudiants sages-femmes se retrouvent parfois dans une position délicate. En effet un stagiaire s'efforce d'apparaître tel un professionnel compétent et sûr de lui. Mais sa position d'étudiant est sans cesse rappelée par le fait qu'il est accompagné d'une sage-femme diplômée. Cela peut donc venir perturber son naturel. Dans son étude « La stagiaire sage-femme devant sa cliente : un double rapport au savoir » [3] Mary Laforest décrit toute la dualité de l'étudiant sage-femme en stage : « ...comme professionnelle, elle fait ses premières armes dans la transmission expert-profane du savoir, mais en même temps, en tant qu'étudiante qui agit en présence de sa préceptrice, elle doit faire la démonstration de l'acquisition du savoir qui lui a été transmis ».

En salle de naissance, il n'est pas évident pour un étudiant de savoir s'imposer face à des situations qui suggèrent une réaction immédiate. Dans un centre hospitalier universitaire (CHU) où la présence d'étudiants est omniprésente, nous pouvons donc nous poser la question du ressenti et de l'acceptation des couples de ceux-ci et ce qu'ils retirent de cette expérience.

L'objectif de notre étude sera de qualifier le ressenti initial et final pendant toute la prise en charge en consultation d'urgence et salle de naissance au CHU de Poitiers, ainsi que la satisfaction globale qui s'en dégage. Nous nous attacherons à développer le côté purement « technique », ainsi que le côté « accompagnement ».

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs et hypothèses

Les objectifs **principaux** ont été :

- D'évaluer le ressenti des femmes tout au long de la prise en charge par un étudiant et plus globalement leurs avis initial et final concernant celui-ci ;
- De déterminer le degré de satisfaction globale des patientes concernant le professionnalisme de l'étudiant tant sur le plan du savoir-faire que sur celui du savoir-être.

Les objectifs **secondaires** ont été :

- D'évaluer la confiance attribuée aux étudiants ;
- Et d'évaluer le degré de sécurité ressenti par la patiente en présence d'étudiants.

Nous sommes partis de l'hypothèse où la future maman approuvait et considérait l'étudiant comme un professionnel de santé sur qui elle pouvait se reposer, comme le confirme une étude australienne menée auprès de 354 femmes. Cette étude a montré qu'une femme suivie mensuellement tout au long de sa grossesse par un même étudiant était satisfaite à une échelle de 8,88/10 et recommandait même cette continuité de soins à ses proches [7].

2.2 Schéma d'étude

Pour tenter de répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude qui était observationnelle, transversale et descriptive à l'aide d'un questionnaire de satisfaction remis aux accouchées du CHU de Poitiers.

Ce questionnaire a été distribué aux femmes en suites de couches en guise d'enquête de satisfaction parmi les autres documents qui leur sont proposés quand elles arrivent dans leur chambre.

2.3 Population

Ont pu participer à cette étude toutes les femmes nullipares ou multipares ayant accouché au CHU de Poitiers, et qui avaient présenté une grossesse physiologique ou non.

- Les femmes incluses étaient celles parlant français, accouchant à terme ou non, quelles que soient les modalités d'accouchement (accouchement voie basse, césarienne, siège, grossesses multiples, déclenchement artificiel du travail etc), présentant des suites de couches physiologiques et donnant naissance à un nouveau-né viable, non hospitalisé.
- N'étaient pas incluses dans l'étude les femmes ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse, et les femmes ayant une connaissance anticipée d'une malformation néonatale nécessitant une hospitalisation.
- Etaient exclues de l'étude les femmes pour lesquelles le questionnaire était non exploitable, souhaitant sortir de l'étude, ou ne parlant pas français, ainsi que les femmes transférées d'une autre maternité vers le CHU de Poitiers pour un rapprochement mère-enfant.

2.4 Critères de jugement

Les critères de jugements **principaux** étaient :

- La satisfaction globale éprouvée par les femmes en présence d'étudiants sages-femmes pendant les différentes périodes de leur accouchement ;
- L'appréciation (subjective) par les parturientes du degré d'implication des étudiants concernant leur prise en charge ;
- L'appréciation (subjective) par les parturientes des qualités jugées « professionnelles » de l'étudiant.

Les critères de jugements **secondaires** étaient :

- Le niveau de confiance accordée aux étudiants ;
- Le sentiment de sécurité ou d'insécurité en leur présence.

Les critères de jugements qui ont caractérisé le profil des femmes ayant répondu à cette étude étaient : leur âge, leur situation de famille, leur profession, leur parité, leur accès à une anesthésie péridurale pendant le travail ainsi que leur mode d'accouchement, leur souhait d'accoucher au CHU de Poitiers, leur connaissance anticipée d'un étudiant potentiel en salle de naissance.

2.5 Mode de collecte

La collecte de données s'est faite par le biais d'un livret informatif de satisfaction remis dans le service de suites de couches aux femmes correspondant aux critères d'inclusion décrits précédemment. Il les informait sur le but et le caractère volontaire de cette étude. Le questionnaire était anonyme, standardisé et principalement composé de questions semi-fermées, fermées et semi-ouvertes.

2.6 Explication du questionnaire et déroulement de l'étude

Le questionnaire a été rédigé en mai/juin 2019 en collaboration avec mon maître de mémoire M. Denis MILOT, et repris au mois de septembre avec l'équipe enseignante de l'école de sage-femme, approuvé par la suite par le Professeur Fabrice PIERRE, PU-PH du pôle Gynécologie Obstétrique du CHU de Poitiers.

Le questionnaire (Annexe 2) se composait de trois parties différentes :

- La 1^{ère} reprenait des questions d'ordre général, à savoir les critères de jugements caractérisant les femmes rentrant dans l'étude : leur âge, leur profession, leur parité, leur mode d'accouchement, leur accès à des méthodes d'analgésie (analgésie péridurale, rachi anesthésie... etc), et leur premier avis concernant les étudiants sages-femmes.
- Une 2^{ème} partie reprenait leur consultation d'entrée et la prise en charge par un étudiant sage-femme si tel était le cas pour elle. Les questions évaluaient essentiellement le degré de confiance ressenti par les femmes concernant les différents gestes techniques qu'ont pu effectuer les étudiants ainsi que les réponses aux questions et demandes d'informations concernant la suite de leur prise en charge.

- La 3^{ème} partie concernait la prise en charge spécifique de la salle de naissance : comment les femmes ont-elles considéré leur présence, avaient-elles connaissance de leur niveau d'étude ? Ainsi que la confiance et la sécurité ressenties pendant les différentes phases de leur travail et de leur accouchement, le post partum immédiat, les premiers soins à leur nouveau-né etc.

Les questions posées dans cette étude l'ont principalement été sous forme de questions à choix multiples (QCM) permettant d'affiner les nombreux ressentis des patientes. De même, il a été décidé de choisir une échelle numérique attribuant une note allant de 0 à 10/10 pour quantifier plus précisément leur ressenti et leur satisfaction. Celle-ci permet un grand nombre de modalités de réponses, donc une analyse plus précise des données par des moyens statistiques.

L'étude s'est étendue sur une durée allant de mi-octobre à mi-décembre 2019 et a repris de mi-janvier à fin février 2020 à cause des deux semaines de vacances scolaires étudiantes de Noël.

Au préalable, ce sont cinq questionnaires qui ont été testés sur des accouchées afin de déterminer si les questions étaient appropriées et compréhensibles par toutes. Ce test effectué et réussi, l'enquête à plus grande échelle pouvait alors commencer.

N'étant pas habilitée à rentrer dans les chambres et à distribuer moi-même les questionnaires, la diffusion de ceux-ci s'est effectuée principalement grâce aux auxiliaires de puériculture (qui disposaient mon questionnaire en même temps que les autres documents distribués habituellement), et grâce à l'aide de mon maître de mémoire M. Denis MILOT (qui exerçait son poste de sage-femme à la maternité pendant cette période-là), qui les distribuait également en personne et m'informait de tout problème logistique. Je venais ainsi à la maternité toutes les semaines uniquement pour remettre des questionnaires vierges et pour les récupérer remplis.

Au 1^{er} mars 2020, 172 questionnaires ont été récupérés sur un objectif de 150 espérés initialement. Cependant 10 questionnaires ont dû être exclus de l'étude car les réponses étaient aberrantes ou le questionnaire était insuffisamment rempli. Ce sont donc 162 questionnaires exploitables qui vont être analysés par la suite, à l'aide des logiciels « Epi Info »,

« Excel », ainsi qu'à l'aide du test de comparaison de Student et du Khi 2. Nous accepterons la significativité des résultats si le $p < 0,05$.

2.7 Aspects éthique et réglementaire

Les données collectées ont été traitées selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la loi « Informatique et Libertés ». Seuls les sujets qui désiraient participer à l'étude ont remplis le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- l'identité du responsable du traitement des données,
- l'objectif de la collecte d'information,
- le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- les destinataires des informations.

Les questionnaires étaient anonymes et le retour du questionnaire complété par le sujet faisait office de consentement pour participer à l'étude.

RÉSULTATS

3.1 Description générale de la population

Tableau I : Description générale de la population de l'étude

Description de la population	Effectif N=162	Pourcentage
Classe d'Age		
≤ 20 ans	10	6
21-25 ans	27	17
26-30 ans	57	35
31-35 ans	44	27
36-40 ans	20	12
41-45 ans	4	3
Parité		
1er enfant	84	52
2ème enfant	47	29
3ème enfant	23	14
4ème enfant	7	4
5ème enfant ou plus	1	1
CSP*		
Sans Emploi	37	23
Profession de santé	31	19
Agricultrice	0	0
Artisan Commerçante	0	0
Cadre et fonction intellectuelle sup	21	13
Profession intermédiaire	31	19
Employée	28	17
Personnel de service	4	2,5
Ouvrière	4	2,5
Intérimaire	6	4

* : catégorie socio professionnelle

La moyenne d'âge des 162 femmes incluses dans cette étude était de 29,6 ans. La plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 43 ans. L'âge médian se situait à 30 ans.

Le nombre de primipares était de 84, soit 52% de l'effectif total.

Dans cette étude 77% (N=124) de l'effectif total des femmes exerçaient un emploi. Ce sont les professions intermédiaires ainsi que les professions de santé qui sont le plus représentés avec 19% de l'effectif total chacune. Le tableau se base sur les catégories socio-professionnelles édictées par l'enquête de périnatalité de 2016. [8]

3.2 Description de l'accouchement

3.2.1 Choix d'accoucher au CHU de Poitiers

Les femmes interrogées ici ont répondu à presque 97% (N= 157) qu'accoucher au CHU de Poitiers était un choix de leur part. Elles ne sont que cinq à avoir déclaré ne pas avoir eu le choix. Les patientes étaient moins de la moitié (48%) à savoir qu'un étudiant sage-femme serait présent pendant leur accouchement.

3.2.2 Mode d'accouchement et anesthésie

Tableau II : Description des modalités de l'accouchement

Description accouchement	Effectif N=162	Pourcentage
Mode d'accouchement		
AVB	116	71
Extraction Instrumentale	16	10
Césarienne programmée	6	4
Césarienne en urgence	24	15
Anesthésie		
Péridurale	117	72
Générale	5	3
Aucune	31	19
Autres	9	6

Nous avons constaté une large prédominance des accouchements par voie basse pour 71 % (N=116) des femmes, les césariennes en urgence ont représenté 15% d'entre elles (N=24).

Nous avons pu remarquer que près de 72% des femmes (N=117) ont eu un accès à une anesthésie loco régionale par péridurale. Le terme « autres » du *Tableau II* reprenait l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote) ainsi que la rachi anesthésie principalement.

3.3 L'arrivée à l'hôpital

3.3.1 Motif de la consultation d'urgence et prise en charge

Tableau III : Motif et prise en charge en consultation d'urgence

Prise en charge en consultation d'urgence	Effectif	Pourcentage*
	N=178	
Motifs de la consultation		
Contraction Utérines	85	54
Rupture prématurée des membranes	43	27
Accouchement Imminent	13	8
Métrorragies	4	2
Autres	33	21
	N=166	
Professionnel qui a réalisé la consultation		
Sage-femme	70	42
Etudiant Sage-femme	59	36
Binôme sage-femme + étudiant	20	12
Obstétricien	0	0
Interne	3	2
Ne sait plus	14	8

* : pourcentage > 100% car questions à choix multiples

Ce sont 54% (N=85) des patientes qui ont consulté pour des contractions utérines, ce qui représente le motif le plus important. La deuxième cause de consultation a été la rupture prématurée des membranes (RPM) pour 27% (N=43) des femmes interrogées. Enfin, l'item « *autre* » (comprenant la consultation de terme et les rendez-vous pour programmer un déclenchement majoritairement) a été coché par 21% (N=33) des femmes.

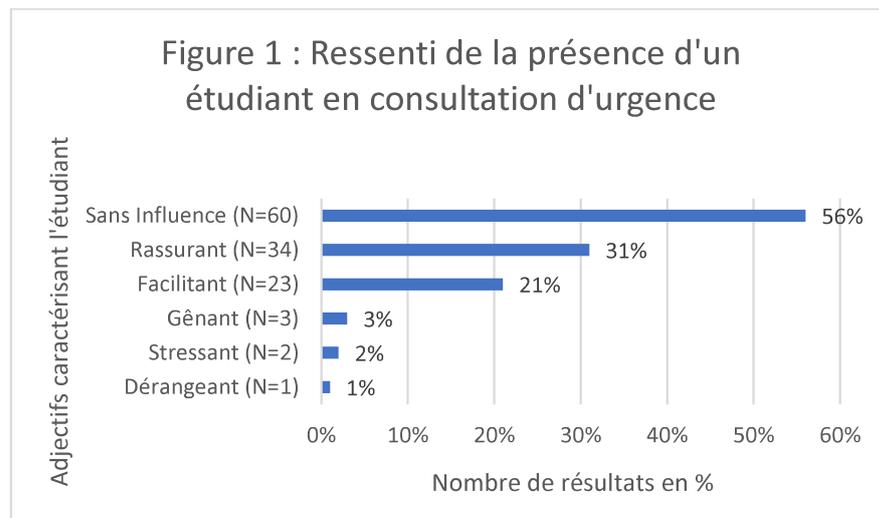
Ce sont 42% (N=70) des femmes qui ont été prises en charge par une sage-femme exclusivement, et 36% (N=59) qui ont été prises en charge exclusivement par un étudiant sage-femme. Parmi les professionnels ayant réalisé la consultation d'urgence, vient ensuite le binôme sage-femme/étudiant avec 12% (N=20) des réponses. Les femmes ayant répondu à l'enquête déclarent ne jamais avoir été accueillies par un gynécologue obstétricien.

Sur les 162 femmes interrogées ce sont donc presque la moitié (48%) qui ont été prises en charge (entre autres) par un étudiant sage-femme lors de leur venue à l'hôpital.

3.4 La consultation d'urgence

3.4.1 Ressenti général

Cent huit femmes ont répondu à cette 2^{ème} partie du questionnaire concernant la consultation d'urgence. Parmi elles 56% (N=60) ont ressenti la présence de l'étudiant comme n'ayant aucune influence. Nous avons pu apercevoir également qu'elles se sentaient rassurées à 31% (N=34) et considéraient que leur présence facilitait la consultation pour presque 21% d'entre elles (N=23).



La question suivante concernait le ressenti du toucher vaginal, effectué à la fin de la consultation d'urgence. Nous constatons que sur les 87 patientes sur 108 pour lesquelles celui-ci a été fait par un étudiant, 98% (N=85) d'entre elles ont bien accepté le fait qu'il soit fait par l'élève, contre 2% qui auraient préféré qu'il soit fait par une sage-femme diplômée

3.4.2 Confiance et gestes techniques

Les questions prenaient en compte les gestes techniques (tels que l'examen clinique d'entrée, la pose de perfusion ou le toucher vaginal), mais aussi le côté relationnel avec la confiance face à l'interrogatoire, les réponses aux questions et informations pour la suite de la prise en charge etc (voir le *tableau IV* ci-après).

Tableau IV : Confiance ressentie pendant la prise en charge en consultation d'urgence

Actes effectués	Note minimale	Note moyenne	Note maximale
Examen Clinique	3/10	8,1/10	10/10
Conseils aux parents	2/10	8,4/10	10/10
Toucher vaginal	2/10	8,3/10	10/10
Pose de perfusion	0/10	8,3/10	10/10

Pour l'examen clinique, 73% (N=79) ont donné une note $\geq 8/10$. C'est cet acte qui a récolté le plus de 10/10 avec 24% (N=26) des femmes.

En ce qui concerne les conseils données, 77% (N=80) ont donné une note $\geq 8/10$.

Pour le toucher vaginal, 65% (N=57) ont donné une note $\geq 8/10$.

Concernant la pose de perfusion, 43% (N=32) ont donné une note $\geq 8/10$. Les notes les plus basses des 4 secteurs étudiés ont été données pour cet acte également à savoir 0/10 pour une femme et 1/10 pour trois.

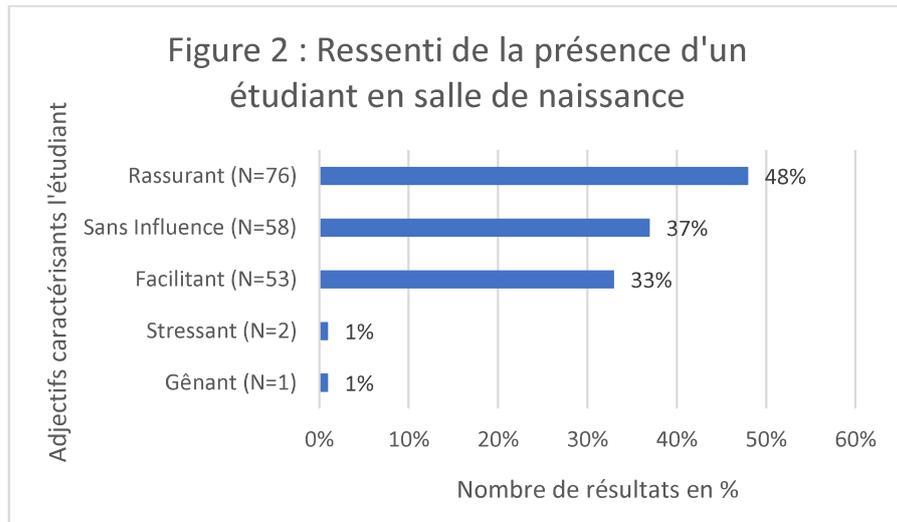
3.5 La salle d'accouchement

3.5.1 Année d'étude

77% (N=124) des femmes interrogées ignoraient l'année d'étude de l'étudiant qui les a pris en charge. Sur les autres réponses obtenues nous avons 9% de L3 (soit 2^{ème} année d'étude), 5% de M1 (troisième année d'étude) et 9% de M2 (dernière années d'étude). Les L2 n'avaient pas commencé leurs stages à cette période de l'année.

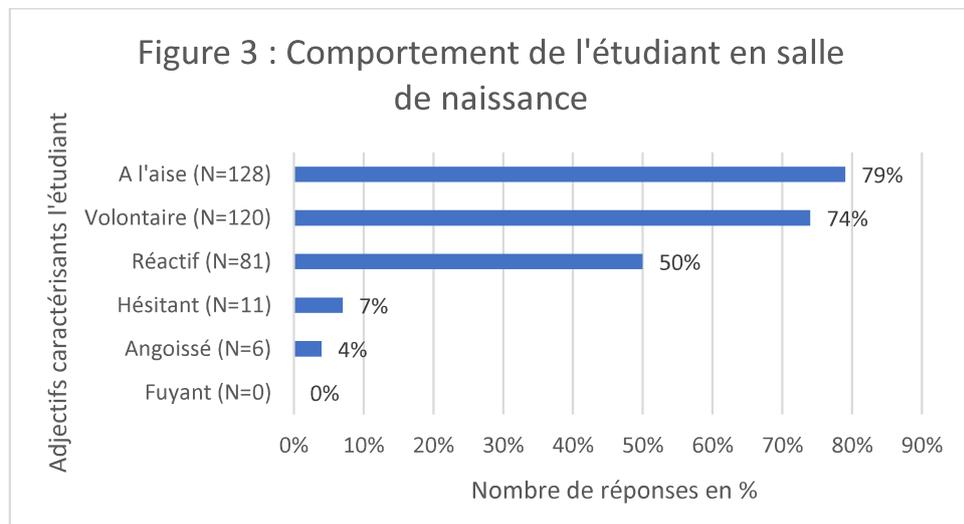
Elles n'ont été que 30% à avoir eu une continuité de prise en charge par un même étudiant qui a pu les suivre en consultation d'urgence et en salle de naissance par la suite. 60% n'avaient pas eu le même étudiant en consultation qu'en salle de naissance (10% ne se souvenait plus).

3.5.2 Ressenti de la présence d'un étudiant



Ici, nous avons constaté que la qualité principale de la présence d'un élève en salle de naissance était la réassurance pour 48% des femmes interrogées. Celles-ci ont trouvé ensuite leur présence sans influence à 37% et facilitante à 33%.

Pour caractériser le ressenti de la présence d'un élève, les femmes ont pu répondre subjectivement sur leur comportement :



Les deux caractéristiques les plus retrouvées dans cette question ont été : les étudiants sont « volontaires » pour 74% (N=120) et « à l'aise » pour 79% (N=128) des femmes interrogées. A l'inverse, aucune femme ne les a trouvés fuyants.

3.5.3 Confiance accordée et savoir être

La confiance était mesurée à l'aide de trois critères :

- La confiance s'est instaurée tout de suite ;
- La confiance s'est instaurée au fur et à mesure ;
- La confiance ne s'est jamais instaurée.

Les résultats ont montré qu'à 62% (N=99) la confiance s'est instaurée tout de suite, qu'à 33% (N=53) celle-ci s'est instaurée progressivement, et donc qu'à 5% (N=8) elle ne s'est jamais instaurée. En étudiant les huit questionnaires où la confiance ne s'est jamais instaurée on retrouve que trois étaient dans un contexte de césarienne en urgence (soit plus de 12% de celles-ci), deux questionnaires étaient dans un contexte de césarienne programmée (soit 33% de celles-ci), et trois étaient retrouvés lors d'accouchement eutocique par voie basse (soit 2,6% de tous les accouchements par voie basse).

Pour la compétence du savoir-être nous avons noté les étudiants sur trois circonstances :

Tableau V : Etude du savoir-être en salle de naissance

Savoir-être en salle de naissance	Note minimale	Note moyenne	Note maximale
Encouragement et soutien	2/10	9,0/10	10/10
Amabilité	5/10	8,3/10	10/10
Communication	4/10	8,9/10	10/10

- pour l'encouragement, le soutien ou le réconfort la note maximale de 10/10 a été la note la plus donnée avec 49% des réponses. 88% des femmes ont estimé le soutien avec une note $\geq 8/10$. La note minimale à 2/10 a été donnée dans un contexte de césarienne programmée.

- en ce qui concerne l'amabilité, le caractère agréable ou non de l'étudiant, la note maximale de 10/10 a également été la note la plus donnée par 58% des femmes. 93% ont donné une note $\geq 8/10$.

- pour la communication (avec la patiente ou le/la conjoint(e)), conseils de postures pour l'anesthésie péridurale ou le travail, la note la plus donnée avec 47% de l'effectif est encore la note maximale de 10/10. 85% des femmes ont évalué la communication de l'étudiant avec une note $\geq 8/10$.

3.5.4 Gestes techniques et sécurité

Tableau VI : Etude du savoir-faire en salle de naissance

Savoir-faire en salle de naissance	Note minimale	Note moyenne	Note maximale
Actes techniques	2/10	8,3/10	10/10
Conscienciosité professionnelle	5/10	8,9/10	10/10
Sécurité	3/10	8,6/10	10/10

Les parturientes ont pu juger subjectivement les actes professionnels des élèves. Ce sont près de 79% des femmes qui ont noté les gestes techniques avec une note $\geq 8/10$. Deux femmes ont donné la note de 2/10, une dans un contexte de césarienne programmée, l'autre qui ne s'est visiblement pas sentie en sécurité avec l'étudiant (note de 3/10) et une présence de celui-ci qu'elle a trouvé stressante.

En ce qui concerne la conscienciosité professionnelle (qui prend en compte les actes médicaux tels que les premiers soins au nouveau-né, l'examen clinique ou l'allaitement maternel en post partum immédiat), 86% des notes sont $\geq 8/10$.

Concernant le degré de sécurité ressenti par les patientes ayant accouché au CHU de Poitiers, 82% des réponses ont reçu une note $\geq 8/10$.

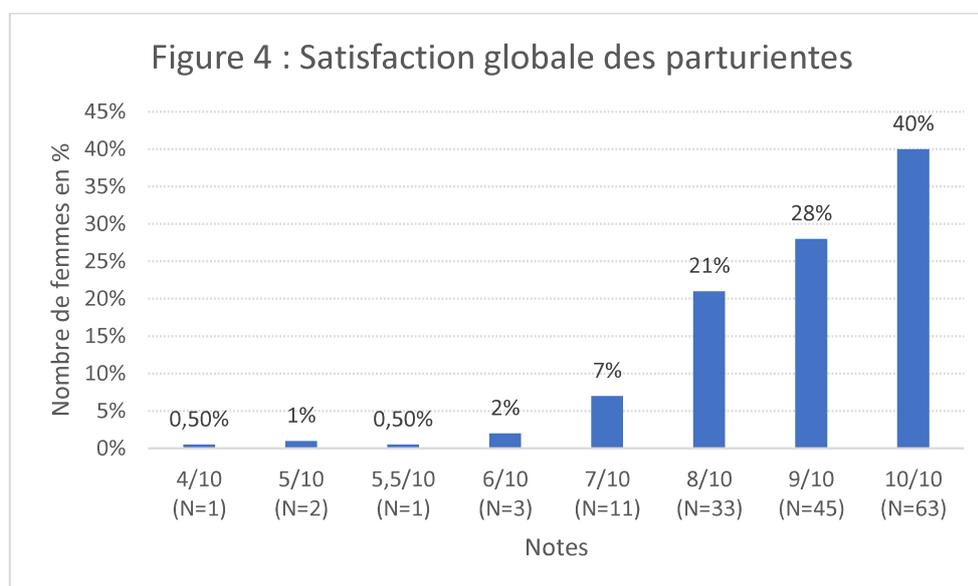
3.6 Satisfaction globale et avis initial et final

Une question était posée deux fois dans le questionnaire (au début et à la fin) : l'avis initial et final des parturientes concernant les élèves sages-femmes. Les résultats contenus dans le *Tableau VII* ci-dessous montrent une évolution positive dans presque toutes les propositions. 97% des femmes avaient un avis positif ou plutôt positif en sortant. Aucun avis négatif n'a été recensé.

Tableaux VII : Avis des parturientes à l'arrivée versus départ de l'hôpital (%)

Avis proposés	Arrivée au CHU	Départ du CHU
Avis positif (%)	110 (68)	125 (78)
Avis plutôt positif (%)	31 (19)	30 (19)
Avis plutôt négatif (%)	4 (2)	1 (1)
Avis négatif (%)	0 (0)	0 (0)
Sans avis (%)	17 (11)	3 (2)
Total	162 (100)	159 (100)

Pour conclure, nous avons étudié la satisfaction globale de l'ensemble de la prise en charge d'un étudiant sage-femme en ce qui concerne la consultation d'urgence, le travail et l'accouchement, tant sur une sphère de savoir-être que de savoir-faire :



La note la plus donnée pour 63 femmes sur 159 était encore 10/10 (40%). Nous avons calculé que 89% des femmes étaient satisfaites à une note $\geq 8/10$.

En comparant les résultats entre les primipares et les multipares, nous avons observé des moyennes respectives de 8,88/10 pour les primipares et 8,94/10 pour les multipares, avec une différence non significative (test de Student $t= 0,282$ et un petit $p= 0,7783$). Il n'y a eu aucune différence significative non plus avec l'âge de la patiente ou sa parité.

4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

Les principaux résultats pouvant répondre aux objectifs principaux étaient les suivants :

- Le ressenti global de femmes tout au long de leur prise en charge s'est avéré positif concernant le savoir-être, mais aussi le savoir-faire, que ce soit en consultation d'urgence comme en salle de naissance.

- L'avis initial déjà positif à 68% quand les femmes arrivaient à l'hôpital, augmente à 78% quand les femmes en sont reparties. Aucun retour négatif n'a été formulé par celles-ci.

- La satisfaction globale a été estimée comme totale ou quasi-totale (9/10 ou 10/10) pour 68% des patientes.

Les principaux résultats pouvant répondre aux objectifs secondaires sont les suivants :

- A 95% la confiance s'est instaurée entre l'étudiant et la parturiente pendant la prise en charge en salle de naissance (tout de suite ou au fur et à mesure).

- La sécurité ressentie par les parturientes s'est élevée pour 82% d'entre elles à une note $\geq 8/10$.

Tout au long de cette étude, nous avons pu voir que les élèves étaient bien acceptés, avec à la fois des qualités humaines et des qualités professionnelles. La majorité des femmes ont estimé qu'elles ont pu leur faire confiance et se sont senties en sécurité tout au long de leur prise en charge.

4.2 Limites de l'étude et points forts

Les questionnaires étaient uniquement distribués au CHU de Poitiers, ce qui a pu constituer un biais de sélection par rapport aux femmes ayant accouché dans d'autres maternités qui pourraient avoir une satisfaction et un vécu différents.

Le recueil de données s'est déroulé sur quatre mois et le nombre d'inclusion a été limité à 162 accouchées. Dégager des généralités de cette étude semble compromis, mais nous pouvons tout de même extraire des conclusions valables pour le CHU de Poitiers car les résultats sont restés globalement similaires.

Les questionnaires présentait des points qui pouvaient être contestables concernant leur efficacité scientifique. Tout d'abord les réponses étaient obligatoirement moins approfondies que lors d'un entretien par exemple, dû aux réponses fermées qui ont pu cloisonner les pensées exactes du lecteur. Il se peut également que les femmes aient répondu aux questions sans les avoir lues jusqu'au bout, ou qu'elles aient mis certaines questions de côté, ce qui a pu fausser la validité des résultats. Enfin il est impossible de savoir si les questions posées ont toutes été comprises avec le même sens que celui de l'auteur ; les interprétations pouvaient être nombreuses ce qui peut a pu amener à un défaut de communication.

Certaines questions n'ont pas été comprises dans le sens souhaité au départ. Par exemple, la question 10- concernant la prise en charge à l'arrivée de l'hôpital (concernant le membre de l'équipe soignante qui avait accueilli la patiente) devait servir d'introduction à la partie suivante qui traitait de l'ensemble de la consultation d'urgence. Un texte informatif sous cette question indiquait aux femmes que la suite des questions concernait la prise en charge en consultation d'urgence par un étudiant sage-femme spécifiquement. Elles étaient donc invitées à aller directement à la partie concernant la salle de naissance si elles n'avaient pas été prises en charge par un étudiant. Cependant, certaines femmes ont pu par exemple répondre qu'une sage-femme les avait pris en charge mais on quand même répondu à la partie suivante. Un quiproquo non retrouvé lors de la phase de test servant à introduire le questionnaire à la maternité.

Pour la question 17 concernant l'année d'étude de l'élève sage-femme, les résultats ont été peu interprétables car seulement neuf patientes ont pu répondre à celle-ci. Les réponses ont pu être biaisées selon la manière pour l'étudiant de s'être présenté : 3^{ème} année d'école (M1) qui ne correspond pas à une 3^{ème} année dans un cursus LMD standard (L3).

Dans les points forts que l'on peut citer, il y a déjà l'originalité de l'étude, car nous remarquons peu de littérature traitant ce sujet. L'anonymat des questionnaires nous a offert la possibilité d'avoir des réponses plus sincères. Le fait d'avoir eu une distribution par les auxiliaires de puériculture ou sage-femme du service a permis un nombre restreint d'intervenants différents, ce qui a préservé la qualité d'hospitalisation pour les accouchées de notre maternité.

De plus, presque toutes les promotions d'étudiants ont été concernées par cette étude, les questionnaires ayant été distribués du mois d'octobre au mois de mars (sauf les premières années qui commencent leur stage en salle de naissance au mois de mai), ce qui a permis de recueillir la satisfaction et le vécu des femmes pour la majorité des niveaux de formation.

Le choix de distribuer ce questionnaire à la maternité a permis d'obtenir des réponses avec un peu plus de recul qu'en salle d'accouchement, mais assez tôt dans le post partum pour en garder leurs exactitudes. Le conjoint pouvait aider également la patiente à se souvenir ou apporter un avis différent.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Population étudiée

L'âge moyen des mères dans notre étude était de 29,6 ans. Nous remarquons dans l'enquête de périnatalité de 2016 [8] un âge moyen de 30,4 ans, proche de notre résultat.

Nous avons comparé les résultats du tableau des caractéristiques générales de notre population avec les caractéristiques retrouvées dans l'enquête de périnatalité de 2016 (*tableau VIII* ci-après) afin de savoir si notre échantillon de population était représentatif de la population générale.

Tableau VIII : Comparaison de nos caractéristiques générales avec l'enquête de périnatalité

	Notre étude (%)	Enquête de Périnatalité (%)
Parité		
1er enfant	52	42
2ème enfant	29	36
3ème enfant	14	14
4ème enfant	4	5
5ème enfant ou plus	1	3
CSP*		
Sans emploi	23	32
En emploi	77	68
Mode d'accouchement		
Accouchement voie basse	71	67,5
Extraction Instrumentale	10	12
Césarienne Programmée	4	9,5
Césarienne en Urgence	15	11

* : catégorie socio professionnelle

Nous constatons des similitudes entre les deux populations que ce soit en termes de parités ou en termes de modes d'accouchement. Des différences existent cependant ; le taux

de primipares est plus élevé dans notre étude, 52% contre 42% avec une différence significative (test Khi deux avec un $p = 0,013$) mais notre faible cohorte peut expliquer cette différence.

L'autre différence se situe sur le taux d'emploi, plus élevé dans notre étude (77% contre 67,7%), mais il faut rappeler que notre étude exclut par exemple les femmes ayant une compréhension limitée du français, catégorie de la population où le taux de sans-emploi est plus important.

Nous avons pu voir dans les résultats qu'une des catégories socio-professionnelles les plus représentées est celle des professions de santé avec 19% de l'effectif total. En sachant que ces professions ont connu ce statut d'apprenti, il était intéressant d'étudier leur avis à part. Mais en étudiant les résultats, ceux-ci n'ont pas permis de mettre en évidence de différence significative en ce qui concerne les critères des objectifs principaux et secondaires, avec pour chaque critère un $p > 0,05$. L'appréciation des élèves n'a donc pas été altérée par leur propre statut passé d'étudiant en santé. Des résultats qui ont été similaires dans l'étude de Emilie Rebillon [9] qui n'a pas montrée de différence significative entre exercer une profession de santé et être plus satisfaite de la prise en charge par un élève.

Nous remarquons que les modes d'accouchement sont relativement similaires entre notre étude et l'enquête de périnatalité (malgré un taux un peu plus élevé pour les césariennes en urgence au CHU de Poitiers, résultat qui est significativement différent avec un $p = 0,045$). Les deux situations majoritairement retrouvés ont été les accouchements par voie basse eutocique et les césariennes en urgence. Ces deux contextes ont été propices à l'évaluation des étudiants. En premier lieu pendant un accouchement physiologique, pour évaluer l'élève face à un environnement connu et qu'il a déjà pu apprivoiser au cours de ses stages, mais cela nous a permis également d'évaluer le comportement de l'étudiant face à une situation qu'il a sans doute moins expérimenté (la césarienne en urgence) et qui a pu être grande pourvoyeuse de stress.

Notons que 82,2% des femmes de l'enquête de périnatalité ont eu une anesthésie péridurale contre 72% dans notre étude, un taux moindre dans notre établissement qui a pu nécessiter un accompagnement plus important de la part des équipes médicales.

4.3.2 Consultation d'urgence

Les résultats de la figure 1 (page 15) comparés à ceux de la figure 2 (page 18) ont montré que la présence d'un étudiant en consultation d'urgence a eu un impact moins important que celle en salle de naissance (une majorité d'items « sans influence » cochés en consultation d'urgence plutôt qu'en salle d'accouchement). Une conclusion logique si l'on considère le soutien et le temps passé plus important pendant le temps du travail obstétrical.

Julie Gasnier [10] dans son mémoire de sage-femme avait également pris en compte la consultation d'entrée. Ses résultats montrent que moins de la moitié (47,5%) des femmes trouvaient les étudiants utiles, ce qui corrobore nos résultats précédents. Elle montre également que l'accueil par les étudiants ressenti par les femmes était évalué à « très bien » et « plutôt bien » pour 97,8% des patientes.

La pose de perfusion en consultation d'urgence a suscité des notes de satisfaction moindre. Cela s'explique effectivement par la complexité du geste et sa technicité, qui demande un temps plus long d'apprentissage contrairement à des gestes plus simples. Dans la même étude de J. Gasnier, cet acte a également provoqué des sentiments de manque d'assurance des étudiants vis-à-vis des patientes : « *il y a eu des petits couacs sur la perfusion...* » ; « *Juste elle était pas à l'aise... puis après la perfusion, elle l'a raté [...] après ça fait mal mais c'est pas grave* ».

En ce qui concerne les autres actes techniques, une moyenne de 8,1/10 a été attribuée à l'examen clinique, ce qui constitue une bonne moyenne. Des résultats corroborés également dans l'étude de Charlyne Leonce [11], où une partie concernant la confiance accordée aux étudiants effectuant des actes spécifiques en consultation de grossesse (actes similaires à la consultation d'urgence) a pu mettre en évidence que les patientes leur accordaient une bonne, voire très bonne confiance (toutes les échelles étaient supérieures à 7,13/10).

4.3.3 Salle de naissance

4.3.3.1 L'influence de l'année d'étude

En ce qui concerne l'influence de l'année d'étude de l'étudiant sur la prise en charge, il a semblé difficile de répondre à cette question, car nous avons vu que dans l'ensemble, les patientes ont répondu qu'elles ne la connaissaient pas (N=124). Ceci peut s'expliquer de deux façons différentes : un manque ou une mauvaise information de la part des étudiants sur leur

statut, ou un simple oubli des parturientes. En effet, une patiente (angoissée, douloureuse ou fatiguée par l'évènement) a pu inconsciemment juger peu important de retenir cette indication en comparaison de toutes les informations qu'on a pu lui délivrer au cours de son accouchement. L'étudiant a également pu omettre de mentionner son niveau d'étude ; ou ne l'a pas fait intentionnellement pour ne pas influencer l'image que la patiente aurait pu se faire de lui.

Il a donc été impossible dans cette étude de déterminer l'influence de l'année d'étude sur les différentes prises en charge. Si nous comparons avec l'étude de J. Gasnier, ses résultats montrent que 37,7% des patientes en salle de naissance ne se souvenaient plus de l'année de formation (pour 40,8% l'élève ne l'avait pas précisé), contre 77% pour notre étude. Un résultat nettement plus important pour notre étude, qui peut peut-être s'expliquer par le fait que le mémoire de J. Gasnier datait d'avant la réforme portant sur la reconnaissance de notre diplôme au stade master ; les étudiants pouvaient donc plus facilement se présenter tous de la même manière.

4.3.3.2 Présence et comportement de l'étudiant

La présence de l'étudiant sage-femme en salle de naissance a été majoritairement jugée rassurante (48%), comparativement à l'étude de C. Leonce dont les femmes ont trouvé plus généralement leur présence comme sans influence. 6,1% des patientes de cette même étude ont trouvé leur présence gênante contre 1% pour notre étude. Les parturientes ont également ressenti leur présence comme facilitante pour 34,3%, et 31% pour notre étude. Des résultats qui ont pu montrer que la présence d'élèves sages-femmes en salle d'accouchement a été jugée utile.

Par rapport au comportement de l'étudiant en salle de naissance, dans les questionnaires où les femmes avaient mentionné l'angoisse, aucune piste n'a été retrouvée pour tenter de l'expliquer. Pour l'hésitation, nous avons pu observer que sur les 11 femmes, 4 ont eu une césarienne : 2 césariennes programmées et 2 césariennes d'urgence (les 7 patientes restantes ont eu un accouchement par voie basse eutocique). Pour les césariennes programmées, l'item répondu représente 33% de toutes ces césariennes, tandis que l'item répondu pour les césariennes d'urgence représente 9% de celles-ci. Nous pouvons alors nous demander si les césariennes, étant des évènements généralement plus stressants, n'auraient pas joué un rôle dans le comportement hésitant de l'étudiant.

Concernant le savoir-être, plusieurs qualificatifs ont été étudiés : l'amabilité, le soutien et la communication. Nous avons retrouvé pour tous ces adjectifs une moyenne située entre 8,3/10 et 9/10, des notes positives également retrouvées dans plusieurs enquêtes de périnatalité qui évaluaient les professionnels de santé : une de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) [12] où 86,45% des femmes ont eu le sentiment d'avoir été traitées avec bienveillance et compréhension, une autre encore du Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) [13] où à 53% les femmes ont répondu « oui tout à fait » à la question du soutien qu'elles attendaient du personnel médical.

Les caractéristiques du savoir-être semblent être essentielles à la satisfaction d'un accouchement, qu'il soit physiologique ou pathologique, comme en témoigne Julie Chauvin [5] qui a constaté dans son étude une « *corrélation significative entre accompagnement de la sage-femme et satisfaction. Cette corrélation se retrouve aussi bien au niveau du ressenti de l'accouchement uniquement qu'au niveau de l'encadrement global du travail. [...], la satisfaction maternelle augmente proportionnellement à la disponibilité de la sage-femme, [...] et ce que l'accouchement se fasse par voie basse spontanée ou par extraction instrumentale. Cela montre bien que la qualité de la relation avec le soignant est à lui seul un facteur déterminant de la satisfaction* ».

4.3.3.3 Confiance et sécurité

Ce sont 62% des femmes de notre étude qui ont ressenti un sentiment de confiance s'effectuant aussitôt, contre 64,1% des femmes dans l'étude de C. Leonce, des résultats concordant avec notre étude et qui montrent que les patientes tissent un lien de confiance assez aisément avec les élèves.

Une enquête datant de 2012 du Réseau de santé en périnatalité des Pays-de-La-Loire étudiant la satisfaction des usagers pendant la grossesse et l'accouchement [14], a révélé un taux de sentiment de sécurité à 89% chez les parturientes interrogées 2h après leur accouchement. Concernant les élèves sages-femmes, le degré de sécurité étudié dans l'étude de J. Gasnier montre qu'elles se sont « toujours » senties en sécurité pour 68,7% des femmes (équivalant à une note de 10/10 dans notre étude et retrouvée pour 42%), « souvent » pour 24,3% et « jamais » pour 1,4%, contre 0% pour notre étude. Ces chiffres encourageants nous montrent que les parturientes se sentent en sécurité avec les élèves sages-femmes qui ont visiblement déjà une posture professionnelle.

Concernant la confiance octroyée et en étudiant les questionnaires où la confiance ne s'est jamais instaurée, il en ressort que cinq fois sur huit cette absence de confiance était corrélée à une césarienne, programmée ou non. Nous pouvons donc nous demander si la confiance ne s'est pas instaurée car la femme n'a pas eu le temps de tisser un lien de confiance avec l'étudiant (surtout pour une césarienne programmée) ; ou bien est-ce que la césarienne d'urgence était une situation stressante pour l'étudiant qui n'a pas réussi à garder son sang-froid ?

4.3.3.4 Satisfaction globale

La moyenne de la satisfaction globale dans notre étude s'est élevée à $8,8/10 \pm 1,4$. On retrouve une moyenne comparable dans l'étude d'E. Rebillon, dans laquelle la satisfaction s'élevait à $8,5/10 \pm 1,8$. L'étude de J. Gasnier montre, elle, une satisfaction globale évaluée à 10/10 pour 30,8% des patientes contre 40% dans notre étude. Ces données nous montrent que les patientes du CHU de Poitiers sont satisfaites de leur prise en charge.

La note la plus basse de 4/10 n'a été donnée qu'une seule fois, dans un contexte de césarienne en urgence. En reprenant le questionnaire nous remarquons que l'étudiant a été pour cette patiente une présence dérangeante, avec une confiance qui ne s'est jamais instaurée et un niveau de sécurité jugé à 3/10.

Au total ce sont donc 68% des femmes dans notre étude qui se sont senties satisfaites complètement ou presque complètement. Dans une enquête de la DRES [15] de 2006 concernant la satisfaction maternelle, l'étude a retrouvé un taux de 70% de femmes « très satisfaites » quant aux actes pratiqués, et un peu moins de 60% pour ce qui était de l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement. Accompagnement qui, avec toutes les autres qualités humaines telles que l'écoute ou les explications reçues, entraient en première ligne de satisfaction des femmes interrogées, comparément aux actes purement techniques.

De nombreuses fois, nous avons pu nous demander si la césarienne jouait sur la satisfaction. En comparant les accouchements voie basse (eutociques ou extraction instrumentale) et les césariennes (programmées ou en urgence) nous avons constaté des moyennes de satisfaction globale proches : $8,51/10$ pour les césariennes contre $8,98/10$ pour les accouchements par voie basse... mais cette différence est bien significative avec une p-value = 0,006. La césarienne influence donc bien sur la satisfaction globale.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de montrer que les patientes du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers ont une représentation positive de la prise en charge globale des étudiants sages-femmes en consultation d'urgence ou en salle de naissance, que ce soit au niveau de leur savoir-être ou au niveau de leur savoir-faire.

L'avis final des patientes sur leur prise en charge par un étudiant sage-femme montre une légère amélioration par rapport à leur avis initial, ce qui est un point très positif. Nous n'avons pas eu d'avis négatif. La satisfaction globale a elle aussi été évaluée positivement pour une grande majorité des patientes ($\geq 8/10$ pour 89% d'entre elles), tout comme la confiance (95% des femmes ont eu confiance en l'élève) et le degré de sécurité (évaluée à une note $\geq 8/10$ pour 82% des parturientes). Aucune différence significative n'a été démontrée par rapport à leur parité mais bien avec leur mode d'accouchement. L'étudiant semble apporter un plus à l'accompagnement des femmes en salle de naissance, soulignant la qualité de leur travail et de leur implication.

Pour que la satisfaction des femmes soit maximale, il serait intéressant d'étudier l'appréciation par les parturientes du binôme sage-femme / étudiant dans une relation de pédagogie, mais également d'étudier le vécu des étudiants pendant leur stage en salle d'accouchement au CHU de Poitiers, afin d'apporter des améliorations et leur permettre d'exercer leur rôle avec encore plus de sérénité. Il serait également intéressant d'évaluer l'impact que ceux-ci peuvent avoir auprès des professionnels qui les encadrent, pour faciliter leur apprentissage. Cela permettrait de décupler le développement de leurs compétences, et accroîtrait intrinsèquement le bien-être de nos patientes.

Bibliographie :

1. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Devenir. 23 mars 2009;21(1):31-60.
2. Laforest M. La stagiaire sage-femme devant sa cliente : un double rapport au savoir. Lidil. 2011, mis en ligne le 30 novembre 2012. DOI : <https://doi.org/10.4000/lidil.3103>
3. CNEMa. Objectifs de la formation [En ligne]. 2015 [consulté le 24 avril 2020]. Disponible : <https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale/objectifs-de-la-formation/>
4. Szejer M, Stewart R. Ces neuf mois-là : Une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. 2nd ed. Paris (FR) : Robert Laffont; 2002.
5. Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement [mémoire de diplôme d'état de sage-femme] [En ligne]. Paris 2010. [consulté le 22 Février 2020]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00563944/document>
6. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. J Anxiety Disord. 2009;23(2):260-8.
7. Browne J, Taylor J. 'It's a good thing...': Women's views on their continuity experiences with midwifery students from one Australian region. Midwifery. 2014;30(3):108-14.
8. Inserm et Drees. Enquête nationale périnatale [En ligne]. Paris 2016. Disponible : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales> [consulté le 09 Mai 2020]
9. Emilie Rebillon. Le vécu des femmes accompagnés par un étudiant sage-femme lors du travail et de l'accouchement [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] [En ligne]. Clermont-Ferrand, 2018. [consulté le 10 Mai 2020]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01989629>

10. Julie Gasnier. La relation étudiant-patient : accueil et perception de l'étudiant sage-femme par les patientes au CHU de Caen [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] [En ligne]. Caen, 2015. [consulté le 09 Mai 2020]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01186630/document>
11. Charline Leonce. Les étudiants sages-femmes vus par les patientes [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme] [En ligne]. Limoges, 2016. [consulté le 09 Mai 2020] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01989629/document>
12. Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». [En ligne]. Paris 2010. [consulté le 09 Mai 2020]. Disponible : https://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
13. Ciane. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement. [En ligne]. Paris 2014 [consulté le 09 Mai 2020]. Disponible : <https://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>
14. B. Branger, F. Le Coz, P. Gillard, E. Merot, N. Winer. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire. EMC-Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2014 ; Volume 43, n°5 : Pages 361-370. DOI : 10.1016/j.jgyn.2013.03.011
15. Drees. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [En ligne]. Paris 2008 [consulté le 09 Mai 2020]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

ANNEXE 1 :

	2 ^{ème} et 3 ^{ème} année DFGSMa		1 ^{ère} et 2 ^{ème} année du 2 ^{ème} cycle	
Enseignement clinique (stages) sur la base de 35 h/semaine	9	21	21	30
Théorie en présentiel Travail personnel, révisions, examens	31	19	26	12
Vacances Noël et printemps	4	4	5	5
Congés d'été	8	8		

ANNEXE 2 :**ENQUÊTE DE SATISFACTION DES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES**

Bonjour, je me présente : Auriane Anselme, étudiante en 5^{ème} année à l'école de Sage-femme de Poitiers. J'effectue mon mémoire sur la perception des étudiants Sages-femmes par les couples venant accoucher au CHU de Poitiers. Le but de ce mémoire sera de déterminer votre ressenti et vos attentes envers les étudiants Sages-femmes afin qu'ils puissent apporter plus ample satisfaction par la suite.

Mon questionnaire restera anonyme et est libre de participation.

Je vous remercie d'accorder de votre temps à son remplissage. Pour toute question vous pouvez vous adresser aux Sages-femmes ou auxiliaires de puériculture du service ou me contacter directement via le mail suivant :

auriane.anselme@etu.univ-poitiers.fr

MERCI D'AVANCE

Introduction : Il est possible que vous ayez rencontré plusieurs étudiants Sages-femmes pendant votre travail/accouchement (notamment avec le changement de relève etc). Dans un souci de praticité d'analyse de résultats veuillez ne prendre en compte que l'étudiant qui a passé le plus de temps avec vous en salle d'accouchement. Ce questionnaire ne prendra pas en compte le temps de travail à la maternité.

GÉNÉRAL :

1) Quel âge avez-vous ? : ...

2) **Avez-vous une profession ?**

Oui **Si oui laquelle : ...**

Non

3) Est-ce votre 1^{er} enfant ? Si non quel est son rang dans la fratrie ?

Oui c'est mon 1^{er} enfant 2^{ème} enfant

3^{ème} enfant 4^{ème} enfant Plus

4) Était-ce un choix d'accoucher au CHU de Poitiers ?

Oui

Non

5) Avant votre accouchement saviez-vous qu'un étudiant sage-femme serait présent ?

Oui

Non

6) Quel était votre avis concernant les étudiants Sages-femmes quand vous avez appris leur présence en salle d'accouchement ?

Positif

Plutôt positif

Plutôt négatif

Négatif

Sans avis

7) Quel a été votre mode d'accouchement ?

Accouchement par les voies naturelles Extraction instrumentale (ventouse, forceps)

Césarienne programmée Césarienne en urgence

8) Avez-vous bénéficié d'une anesthésie ?

Oui une péridurale Oui une anesthésie générale Non Autre (masque ... etc)

A L'ARRIVÉE AU CHU :

9) Pour quel motif êtes-vous arrivée en consultation aux urgences obstétricales ?

Contractions utérines Rupture de la poche des eaux

Accouchement imminent Saignements Autre, préciser

10) A votre arrivée qui vous a pris en charge ?

Sage-femme Étudiant Sage-femme

Interne de gynécologie Obstétricien Je ne sais plus

La suite concerne la prise en charge de la consultation d'arrivée aux urgences par un étudiant sage-femme, si non concernée allez directement à la question n° 17

11) La présence d'un étudiant Sage-femme a été pour vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Gênante Facilitante Rassurante
 Stressante Dérangeante Sans influence

12) L'étudiant a-t-il fait le toucher vaginal et si oui qu'en avez-vous pensé ?

- Oui et cela ne m'a pas dérangé
 Oui et j'aurais préféré que ce soit la sage-femme qui le fasse
 Non il ne l'a pas fait

13) Sur une échelle de 0 à 10 quelle note attribueriez-vous à la confiance envers l'étudiant quand il a réalisé l'examen clinique (pose monitoring ; mesure du ventre ; interrogatoire ; prise de tension etc)



14) Sur une échelle de 0 à 10 quelle note attribueriez-vous aux conseils, réponses à vos questions... de l'étudiant ?



15) Sur cette même échelle quelle note attribueriez-vous à la confiance envers l'étudiant quand celui-ci a réalisé le toucher vaginal ?



16) Sur cette même échelle quelle note attribueriez-vous à la confiance envers l'étudiant quand celui-ci a posé la perfusion ?



SALLE D'ACCOUCHEMENT : (Rappel : ne prendre en compte que l'étudiant ayant passé le plus de temps pendant votre travail/accouchement)

Après votre passage en salle d'accouchement ou de pré travail :

17) En quelle année se trouvait l'étudiant Sage-femme qui a suivi votre travail ?

2^{ème} année (L3) 3^{ème} année (M1)

4^{ème} année (M2) Je ne sais pas

18) Était-ce le même que celui de la consultation d'entrée ?

Oui Non

Je ne sais plus

Si Non auriez-vous préféré ?

Oui Non

Cela m'était égal

19) La présence de cet étudiant a été pour vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Gênante Facilitante

Rassurante Stressante

Sans influence

20) Vous diriez que la confiance que vous avez ressentie envers l'étudiant Sage-femme lors du passage en Salle de Naissance s'est faite ?

Tout de suite

Au fur et à mesure

Ne s'est jamais faite

21) Avez-vous ressenti l'étudiant : (plusieurs réponses possibles)

Angoissé / Stressé A l'aise Volontaire

Fuyant Réactif Hésitant

22) Sur une échelle de 0 à 10 quelle note attribueriez-vous à l'étudiant concernant les gestes techniques qu'il a pu réaliser (avec vous ou votre enfant) ?

0 ————|———|———|———|———|———|———|———|———|——— 10

23) L'avez-vous trouvé ?

- Faisant preuve de soutien / encourageant / rassurant / réconfortant

0 ————|———|———|———|———|———|———|———|———|——— 10

- Agréable / souriant / aimable



- Conscientieux pendant les soins, allaitement (maternel ou biberons), examen clinique de votre enfant



- Communicant avec vous / avec le conjoint / conseils pour les postures / pendant la péridurale etc.



24) Vous êtes-vous sentie en sécurité en sa présence ?



25) Quel a été votre avis concernant les étudiants Sages-femmes à la fin de votre prise en charge en salle de naissance ?

- Positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Négatif
- Sans avis

26) Pour conclure quelle serait la note que vous attribueriez à la satisfaction globale ressentie de l'étudiant Sage-femme ?



Pour finir, quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre prise en charge et/ou celle(s) de votre enfant/conjoint(e) par les étudiants Sages-femmes ?

Merci d'avance,
Mlle ANSELME

RÉSUMÉ FRANÇAIS :

Dans un centre hospitalier universitaire, le statut des étudiants en salle de naissance, qui se situe entre apprenti et professionnel, peut amener à diverses réactions de la part des patientes. Nous avons donc cherché à étudier le ressenti initial et final ainsi que la satisfaction globale des parturientes concernant la prise en charge en salle d'accouchement par un élève sage-femme. Pour cela, une étude descriptive a été menée au CHU de Poitiers. Elle a été réalisée dans le service de suites de couches de la maternité, à l'aide un questionnaire de satisfaction reprenant le déroulement global de la prise en charge, de la consultation d'entrée jusqu'à l'accouchement en salle de naissance. Il s'adressait à toute les accouchées ayant des suites de couches physiologiques et n'ayant pas leur bébé hospitalisé. Cette étude a montré que les femmes ont eu un avis positif (78%) ou plutôt positif (19%) des étudiants, les trouvant dotés de compétences techniques et relationnelles. Les patientes ont eu confiance pour 95% d'entre elles, et se sont senti majoritairement en sécurité. Le taux de satisfaction globale s'élève pour 89% des femmes à une note $\geq 8/10$. Ces chiffres nous permettent de dire que les patientes du CHU de Poitiers ayant répondues à notre enquête ont globalement été satisfaites de la prise en charge par un étudiant, et que celles-ci ont considéré leur présence comme positive. Pour accroître encore davantage la satisfaction maternelle, nous pourrions également nous demander ce que pensent les femmes du binôme indissociable sage-femme / étudiant très présent dans ce contexte.

Mots clés : étudiants sages-femmes – ressenti – satisfaction – compétence – confiance – salle d'accouchement

RÉSUMÉ ANGLAIS :

In a university hospital and medical center, students' status in the delivery room which is between a trainee and a professional, can lead to different reactions from the patients. Our goal was to evaluate the first and last feelings and the global satisfaction of parturients regarding the care given by a midwife student in the delivery room. Thus, a descriptive study was done at the university hospital of Poitiers. It was done in the postnatal ward with the help of a satisfaction survey that described the global care given from the first consultation to the delivery in the birth room. It was addressed mothers having physiological postpartum period and who doesn't have her baby hospitalized. This study has shown that women had a positive opinion on students (78%) or rather positive (19%), mainly because they felt students had technical and social skills. Most patients trusted them (95%) and felt secured around them. The global satisfaction rate is above 8/10 for 89% of women. Those results show that patients involved in our study were mainly satisfied by the care done by students and had considered their presences as positive. To raise the patient satisfaction level even more, we could ask women what they think of the inseparable tandem midwife/student in this environment.

Keywords : midwives students- feelings- satisfaction- competence- trust- delivery room

