HAL
open science

La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes : étude réalisée auprès de douze maternités publiques de Basse-Normandie

Luc Séron

▶ **To cite this version:**

Luc Séron. La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes : étude réalisée auprès de douze maternités publiques de Basse-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01196784

HAL Id: dumas-01196784

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196784v1

Submitted on 10 Sep 2015

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.

CAEN · CAMPUS 5
BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
SANTÉ

CHUCaen
ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
adresse Pôle des formations et de recherche en santé . 2, rue des Rochambelles . CS 14032 . 14032 CAEN CEDEX 5
tél. 02 31 56 82 06
courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr
internet scd.unicaen.fr/

École de Sages-femmes
Université de Caen

La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes

Étude réalisée auprès de douze maternités publiques de Basse-Normandie.

Mémoire présenté et soutenu par

Luc SÉRON

Né le 09 Juin 1989

Sous la direction de Mme GERMAINE Magali

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme

Année universitaire 2010/2015

Je tiens à remercier les membres du jury
et plus particulièrement :

Mme Magali Germaine, sage-femme au CHU de Caen, directrice de ce mémoire, d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail, pour sa disponibilité et ses précieux conseils,

Mme Isabelle Goupille, sage-femme enseignante, pour ses relectures attentives, ses remarques pertinentes et sa disponibilité,

Mme Giffard et l'ensemble des sages-femmes enseignantes de l'école pour leur gentillesse et la qualité de la formation dispensée durant ces cinq années,

Les sages-femmes, les sages-femmes cadres et les étudiants pour leur participation à l'étude,

Ma famille qui a partagé ces années avec moi et m'a toujours soutenu,

Meauzé, Paca, Chlochlo, Angélique et Angy, Sarah, Bibiche, Sépho, Tif, M-C et Lucie, pour tous ces moments passés ensemble durant ces années, votre humour et votre soutien,

Marie-Caroline, pour la motivation qu'elle m'a apporté et sa patience.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS .....

INTRODUCTION .....

1. La délivrance **2**
1.1. Physiologie de la délivrance **2**
1.2. Les différents types de délivrance **2**
1.2.1. Délivrance normale spontanée **2**
1.2.2. Délivrance normale naturelle **2**
1.2.3. Délivrance dirigée **3**
1.3. L'hémorragie de la délivrance **3**
1.3.1. Définition **3**
1.3.2. Prise en charge **3**

2. La délivrance artificielle et la révision utérine **4**
2.1. Indications **4**
2.1.1. Indications pour la délivrance artificielle **4**
2.1.2. Indications pour la révision utérine **5**
2.2. Technique **5**
2.2.1. Technique pour la délivrance artificielle **5**
2.2.2. Technique pour la révision utérine **5**
2.3. Risques liés à la délivrance artificielle et à la révision utérine **6**

3. Compétences et rôles des sages-femmes **6**
3.1. Son rôle **6**
3.2. Le cadre législatif **6**

MATERIEL ET MÉTHODE .....

1. Matériel **9**
1.1. Type d'étude **9**
1.2. Lieux de l'étude **9**
1.3. Critères d'inclusion ou d'exclusion **9**
1.4. Taux de participation **10**

2. Méthode **10**
2.1. Critères de jugement **10**
2.1.1. Questionnaire sages-femmes **10**
2.1.2. Questionnaire médecins **11**
2.1.3. Questionnaire étudiants sages-femmes **11**

2.2. Traitement des données et analyses statistiques 11

RÉSULTATS .....

1. Résultats concernant les sages-femmes 13
1.1. Caractéristique de la population 13
1.2. Formation initiale 14
1.3. Parcours professionnel 15
1.4. Délivrance artificielle et révision utérine 15

2. Résultats concernant les médecins 23
2.1. Caractéristique de la population 23
2.2. Délivrance artificielle et révision utérine 23

3. Résultats concernant les étudiants sages-femmes 26
3.1. Formation initiale 26
3.2. Future vie professionnelle 27

ANALYSE ET DISCUSSION .....

1. Critique de l'étude 28
1.1. Points forts 28
1.2. Points faibles 28

2. Pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine 29
2.1. Pratique par la sage-femme en fonction du niveau de la maternité 29
2.2. Pratique par les étudiants durant leurs stages 32

3. Motivation ou intérêt des sages-femmes 33
3.1. Constat de l'étude 33
3.2. Formation initiale et continue 35

4. Propositions 37

CONCLUSION 39

BIBLIOGRAPHIE 40

ANNEXES 44

ABRÉVIATIONS

DA : Délivrance artificielle

DE : Diplôme d'État

ESF : Étudiant sage-femme

GO : Gynécologue(s)-Obstétricien(s)

HPP : Hémorragie du post-partum

RU : Révision utérine

SDN : Salle de naissance

SF : Sage(s)-Femme(s)

TP : Travaux pratiques

UI : Unité Internationale

INTRODUCTION

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la première cause de mortalité maternelle en France (16%). Elle est définie comme une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml après l'accouchement, quel qu'en soit le mode. On parle d'hémorragie sévère lorsque les pertes sanguines atteignent 1000 ml. [1]

La mortalité maternelle est quant à elle définie par « le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée, la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite. » [2]

Depuis 2007, en France, on dénombre environ 85 décès maternels chaque année [3]. Parmi ceux-ci, deux tiers ont une cause directement liée à la grossesse, l'accouchement ou le post-partum ; et un tiers, une cause indirecte (maladies cardiaques, cérébrovasculaires, infectieuses...).

Depuis les recommandations professionnelles émises par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français en 2004, le pourcentage des HPP a nettement diminué passant de 26% (entre 2004 et 2006) à 19% (entre 2007 et 2009). Actuellement les décès maternels par hémorragie représentent 1,6 pour 100 000 naissances (contre 2,6 pour 100 000 entre 2001 et 2003) [1, 4]. Malgré ces chiffres encourageants, 80% des décès par HPP restent évitables et seraient imputables à des retards de diagnostic et à des prises en charge retardées ou non optimales. Comparés au Royaume-Uni, nos taux de décès maternels par hémorragie sont deux fois supérieurs (0,8 / 100 000). [5]

L'HPP n'a pas que des conséquences directes telles que l'hypovolémie aigue et la mortalité. Elle est aussi indirectement responsable des risques liés aux transfusions, à la réanimation et à l'infertilité due à l'hystérectomie. [1]

La rétention du placenta est en cause dans 29,4 % des HPP. [6]

1. La délivrance

1.1. Physiologie de la délivrance

La délivrance est la troisième partie du travail, après l'effacement et la dilatation du col suivis de l'expulsion du fœtus. Elle se fait dans un délai de 30 minutes après la naissance. La délivrance comprend trois étapes :

- le décollement du placenta par formation d'un hématome rétro-placentaire physiologique

- l'expulsion du placenta sous l'effet des contractions et de son propre poids. Dans la majorité des cas, le placenta sort par la face fœtale. C'est ce que l'on appelle le mode Baudelocque. Plus rarement il sort par la face utérine, c'est le mode Duncan.

- l'hémostase, qui n'est possible que si l'utérus est vide. Elle se fait grâce à la compression des vaisseaux par les fibres musculaires lors de la rétraction utérine. Peuvent survenir durant cette phase : une rétention placentaire, la persistance de débris ou une atonie utérine, responsables d'hémorragie de la délivrance.

L'examen du placenta et de ses membranes fait suite à la délivrance. L'absence d'un cotylédon et/ou d'une partie des membranes impose une révision utérine. [7, 8]

1.2. Les différents types de délivrance

1.2.1. Délivrance normale spontanée

Le placenta est expulsé spontanément sous l'effet des efforts de poussée abdominale, la patiente étant en position debout. Ce mode de délivrance est peu répandu en France du fait de la médicalisation de l'accouchement. [8]

1.2.2. Délivrance normale naturelle

La délivrance est aidée par le soignant qui, après avoir clampé précocement le cordon, applique une légère traction sur ce dernier tout en refoulant le corps utérin vers le haut. Lorsque la masse placentaire arrive à la vulve, le déplissement du segment inférieur à l'aide d'une main facilite le décollement des membranes. A cette étape peut s'ajouter le recueil du placenta à deux

mains, afin de le vriller sur lui-même, en l'accompagnant lentement dans sa chute. Cette manœuvre permet d'éviter le déchirement des membranes. [8]

1.2.3. Délivrance dirigée

Cette technique est aujourd'hui recommandée de façon systématique. Elle permet de raccourcir la durée de la délivrance et de diminuer par trois le nombre d'hémorragie de la délivrance. Elle repose sur l'administration prophylactique d'ocytocine synthétique (5 à 10 UI) en intraveineux directe lente. Celle-ci peut être réalisée soit lors du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, soit après l'expulsion du placenta. A cette administration d'utérotoniques, s'ajoutent une traction continue du cordon et le refoulement du corps utérin vers le haut. [8, 9]

1.3. L'hémorragie de la délivrance (Annexe I)

1.3.1. Définition

L'hémorragie de la délivrance est définie par une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, qu'il ait eu lieu par les voies naturelles ou par césarienne. L'HPP sévère, quant à elle, est définie par une perte de sang ≥ 1000 ml. La prise en charge de l'HPP peut être débutée avant que le seuil de 500 ml de perte sanguine ne soit atteint si le débit du saignement est important ou si la tolérance clinique est mauvaise.

1.3.2. Prise en charge

La prise en charge de l'HPP est multidisciplinaire et repose sur une bonne coopération de l'équipe obstétricale et d'anesthésie. Elle nécessite une bonne coordination entre les différents praticiens. Le facteur temps est primordial dans la prise en charge de l'HPP.

La mise en place précoce d'un sac de recueil est recommandée. Le traitement de l'HPP commence par la délivrance qui se fait artificiellement si elle n'a pas encore eu lieu. Sinon, une révision utérine est pratiquée pour s'assurer de la vacuité utérine. Le geste est suivi d'un massage utérin et d'une injection d'utérotonique de 5 à 10 UI d'ocytocine par voie intraveineuse lente ou intramusculaire. Cette injection sera suivie d'une perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant deux heures. Une antibioprophylaxie est recommandée pour les gestes endo-utérins.

Si l'HPP persiste malgré ces gestes, la filière génitale devra être examinée sous valves.

Une prise en charge complémentaire devra avoir lieu si l'HPP continue malgré la bonne conduite de la prise en charge initiale. Le sulprostone est recommandé pour les HPP sévères ou persistantes. Le tamponnement intra-utérin peut être utilisé en cas d'échec de la prise en charge par sulprostone et avant recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle.

Si l'HPP persiste toujours, l'embolisation artérielle est à prévoir. Elle est indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistant aux utérotoniques, en particulier après un accouchement par voie basse.

La chirurgie, par différentes techniques (ligatures artérielles, compression ou plicature utérine, hystérectomie d'hémostase) peut aussi être une solution à une HPP résistante au traitement médical. [1]

2. La délivrance artificielle et la révision utérine

La délivrance artificielle (DA) et la révision utérine (RU) sont deux gestes fondamentaux à connaître et à maîtriser. Ces gestes sont souvent réalisés dans l'urgence. Les intervenants potentiels sont l'obstétricien ou la sage-femme ainsi que l'anesthésiste. La prise en charge doit être multidisciplinaire.

La DA et la RU doivent être réalisées le plus rapidement et le plus efficacement possible pour assurer un bon pronostic vital maternel en cas d'hémorragie de la délivrance.

2.1. Indications

2.1.1. Indications pour la délivrance artificielle [8]

Une DA est requise dans deux principales indications :

- Une hémorragie de la délivrance survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchatonné ou incarcéré dans l'utérus.
- Un délai d'expulsion supérieur à 30 minutes après l'accouchement.

2.1.2. Indications pour la révision utérine

La RU est nécessaire dans plusieurs circonstances :

- A la suite de la DA
- S'il y a doute sur l'intégrité du placenta et des membranes
- En cas d'hémorragie (>500 ml)

2.2. Technique

2.2.1. Technique pour la délivrance artificielle

La DA consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus, permettant d'obtenir la vacuité utérine et d'exclure une rupture utérine [10].

Ce geste se fait sous analgésie péridurale ou sous anesthésie générale. La vessie doit être vide et l'utérus massé s'il est hypotonique. [1]

L'opérateur introduit une main gantée dans les voies génitales et suit le trajet du cordon ombilical. Son autre main empaume, abaisse et maintient le fond utérin. Il doit repérer l'insertion du placenta et décoller le placenta à l'aide du bord cubital de sa main en créant progressivement un espace entre les deux surfaces. Le placenta est ensuite amené hors de l'utérus en un seul mouvement, en douceur, sans déchirer les membranes. Une RU est toujours associée à la DA, de manière à vérifier la bonne rétraction utérine et sa vacuité. [11]

Il est ensuite recommandé en cas de DA pour hémorragie, de refaire une injection d'ocytocine (5 à 10 UI) en intraveineux lente, puis un traitement d'entretien à raison de 5 à 10 UI par heure pendant deux heures. La dose cumulée de 40 UI ne devra pas être dépassée. [1]

2.2.2. Technique pour la révision utérine

La RU a pour but de vérifier que la cavité utérine est vide de tout élément placentaire, de membranes ou caillots sanguins. Elle permet aussi de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture utérine.

Elle est pratiquée dans les mêmes conditions d'hygiène et d'asepsie que la DA. La technique est la même que pour la DA.

2.3. Risques liés à la délivrance artificielle et à la révision utérine

La DA et la RU sont des gestes invasifs. La première complication est le risque infectieux. Le risque d'endométrite dans les suites de la naissance est donc augmenté. Ces gestes endo-utérins doivent être réalisés dans des conditions strictes d'hygiène et d'asepsie. Une antibioprophylaxie à large spectre doit être mise en place pour éviter tout risque septique.

Ces gestes endo-utérins peuvent être également à l'origine de synéchies. Reliant les deux parois de la cavité utérine, elles peuvent être à l'origine d'anomalies du cycle menstruel (aménorrhée secondaire, dysménorrhée), ainsi que de troubles de la fertilité.

Dans de rares cas la DA et la RU peuvent entraîner une perforation utérine, d'autant plus si l'utérus est déjà fragilisé par une cicatrice. [8]

3. Compétences et rôles des sages-femmes

3.1. Son rôle

La sage-femme est le professionnel de santé en première ligne au moment de l'accouchement. Au cours de la délivrance, sa prise en charge doit être active. Elle doit ensuite examiner le placenta et ses membranes et s'assurer de leur intégrité. Au moindre doute, il sera pratiqué une RU. La sage-femme doit aussi vérifier la présence d'un globe utérin et surveiller l'absence d'hémorragie du post-partum.

Ainsi, après l'accouchement la sage-femme diagnostique l'hémorragie de la délivrance, mais aussi la rétention totale ou partielle du placenta lorsqu'il ne s'est pas délivré dans les 30 minutes suivant la naissance. La sage-femme participe à la prise en charge immédiate et doit prévenir tous les intervenants potentiels (obstétriciens, équipe d'anesthésie), la prise en charge optimale étant multidisciplinaire. [1]

3.2. Le cadre législatif

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie : le code de la santé publique détermine leur champ d'intervention.

Avant 2006, il n'était pas inscrit dans la loi que les sages-femmes pouvaient pratiquer la DA et la RU, excepté en cas d'urgence au vu de l'article R.4127-313 :

« *Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.*» [12]

Le 17 octobre 2006, a été ajouté à cet article le décret n° 2006-1268 qui stipule :

« La sage-femme est autorisée à pratiquer notamment : […] La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme. » [13]

Cet article est une nouvelle fois modifié le 17 juillet 2012 par le décret n° 2012-881. Il est alors supprimé la mention *« à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels »*, qui donne le droit aux sages-femmes de pratiquer la DA et la RU dans toutes les situations. [12]

Au regard des évolutions législatives relatives aux compétences des sages-femmes, ces dernières pratiquent-elles réellement ces gestes ?

Très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Néanmoins, une enquête de 1996 intitulée « *les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées dans 11 régions de France* » menée auprès de 884 sages-femmes permet d'obtenir quelques réponses. Sur les 522 sages-femmes interrogées concernant la pratique de la DA, 33,3% d'entre elles ont répondu ne jamais en faire, 25,5% rarement, 18% parfois et seulement 23,2% souvent. [14]

Alors que la DA et la RU font aujourd'hui partie des compétences des sages-femmes, il serait intéressant d'identifier les circonstances et d'évaluer dans quelles proportions ces gestes sont pratiqués.

Afin d'éclairer cette problématique, j'ai émis trois hypothèses :

Hypothèse 1 : La pratique de la DA et/ou de la RU est étroitement liée au niveau de la maternité. Les sages-femmes exerçant dans les maternités de niveau I et II pratiquent plus de DA / RU que les sages-femmes de niveau III.

Hypothèse 2 : La pratique de la DA et/ou de la RU dépend de l'organisation et des habitudes de service. (Protocole de service)

Hypothèse 3 : Les étudiants sages-femmes de dernière année ne se sentent pas prêts à réaliser ces gestes dans leur future vie professionnelle.

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux sur la pratique de la DA et de la RU par les sages-femmes, huit ans après l'ajout de ces compétences au code de déontologie.

MATERIEL ET MÉTHODE

1. Matériel

1.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et multicentrique, reposant sur l'exploitation de trois questionnaires différents, strictement anonymes.

Le premier questionnaire était destiné aux sages-femmes exerçant en salle de naissance. (Annexe II)

Le second questionnaire était destiné aux médecins gynécologues-obstétriciens et aux anesthésistes-réanimateurs, étant régulièrement de garde en salle de naissance. (Annexe III)

L'enquête s'est déroulée du 17 Septembre au 29 novembre 2014. Les questionnaires ont été remplis sur la base du volontariat.

Une troisième enquête a été réalisée début Mars 2015 auprès des 22 étudiants sages-femmes de 5ème année de l'école de Caen. (Annexe IV)

1.2. Lieux de l'étude

L'étude a été menée dans les douze maternités publiques de Basse-Normandie. (Annexe V)

1.3. Critères d'inclusion ou d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : l'établissement devait être une maternité publique de Basse-Normandie, les sages-femmes devaient répondre au questionnaire qui leur était destiné, et cela uniquement si elles estimaient exercer souvent en salle de naissance. Les médecins, quant à eux, devaient remplir le questionnaire, uniquement s'ils estimaient exercer souvent en salle de naissance.

Ont été exclues les deux maternités privées de Basse-Normandie (la polyclinique du Parc à Caen et la clinique Henry Guillard à Coutances) car ce sont exclusivement les médecins qui pratiquent la délivrance artificielle et la révision utérine dans ces maternités.

1.4. Taux de participation

Cent soixante-seize questionnaires destinés aux sages-femmes ont été distribués dans les maternités publiques de Basse-Normandie, et cela, en fonction du nombre de sages-femmes exerçant en salle de naissance. Les cadres sages-femmes m'ayant auparavant fait une estimation du nombre de questionnaires nécessaire pour leur maternité.

Au total, sur les 176 questionnaires distribués, 122 ont été recueillis, soit un taux de participation de 69,32%. Parmi les 122 questionnaires récupérés, un a été exclu, car incomplètement rempli. 121 questionnaires ont donc été inclus dans l'étude pour les sages-femmes.

Quarante-huit questionnaires destinés aux médecins ont été distribués dans les maternités, soit quatre par maternité.

Sur ces 48 questionnaires destinés aux médecins, 15 ont été recueillis, 14 remplis par les gynécologues-obstétriciens, et un questionnaire rempli par un anesthésiste-réanimateur. Le taux de participation pour les questionnaires médecins est de 31,25%. Tous les questionnaires ont pu être exploités.

2. Méthode

2.1. Critères de jugement

Dans les questionnaires sages-femmes et médecins, la population a été décrite par la profession, le sexe, le niveau de la maternité d'exercice, la classe d'âge.

2.1.1. Questionnaire sages-femmes

Le questionnaire destiné aux sages-femmes avait pour but d'évaluer :

- La formation des sages-femmes à ces gestes.
- Leur pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine.
- Le point de vue de chaque sage-femme sur la pratique de ces gestes par les différents professionnels au sein de leur maternité.
- Leur souhait de pratiquer plus ou moins souvent ces gestes.

- Leur point de vue sur cette question : « selon vous, si la sage-femme pratiquait plus régulièrement la DA et la RU, cela pourrait-il éviter des retards de prise en charge ? »

2.1.2. Questionnaire médecins

Le questionnaire destiné aux médecins gynécologues-obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs était le même et avait pour objectif de recueillir des informations sur :

- Le point de vue de chaque médecin sur la pratique de ces gestes par les différents professionnels au sein de leur maternité.
- Leur point de vue sur cette question : « selon vous, si la sage-femme pratiquait plus régulièrement la DA et la RU, cela pourrait-il éviter des retards de prise en charge ? »

2.1.3. Questionnaire étudiants sages-femmes

Le questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes de dernière année avait pour but :

- D'évaluer leur formation : enseignements, nombre de DA et de RU réalisées au cours des stages.
- Savoir si des étudiants, futurs professionnels quatre mois plus tard, se sentaient prêts à réaliser ces gestes seuls.

2.2. Traitement des données et analyses statistiques

Le logiciel Excel® 2013 a été utilisé pour la saisie des données et les calculs statistiques ont été réalisés grâce au logiciel Epi Info® V3.5.4 et au site internet « BiostaTGV ».

Les variables quantitatives ont été décrites avec des moyennes et des écarts types. Les variables qualitatives ont été analysées avec des pourcentages. Elles ont été comparées avec la méthode de chi^2 lorsque le plus petit effectif était supérieur à 5. Lorsque le plus petit effectif était < 3 le test exact de Fisher était utilisé.

La différence était significative lorsque p était < 0,05.

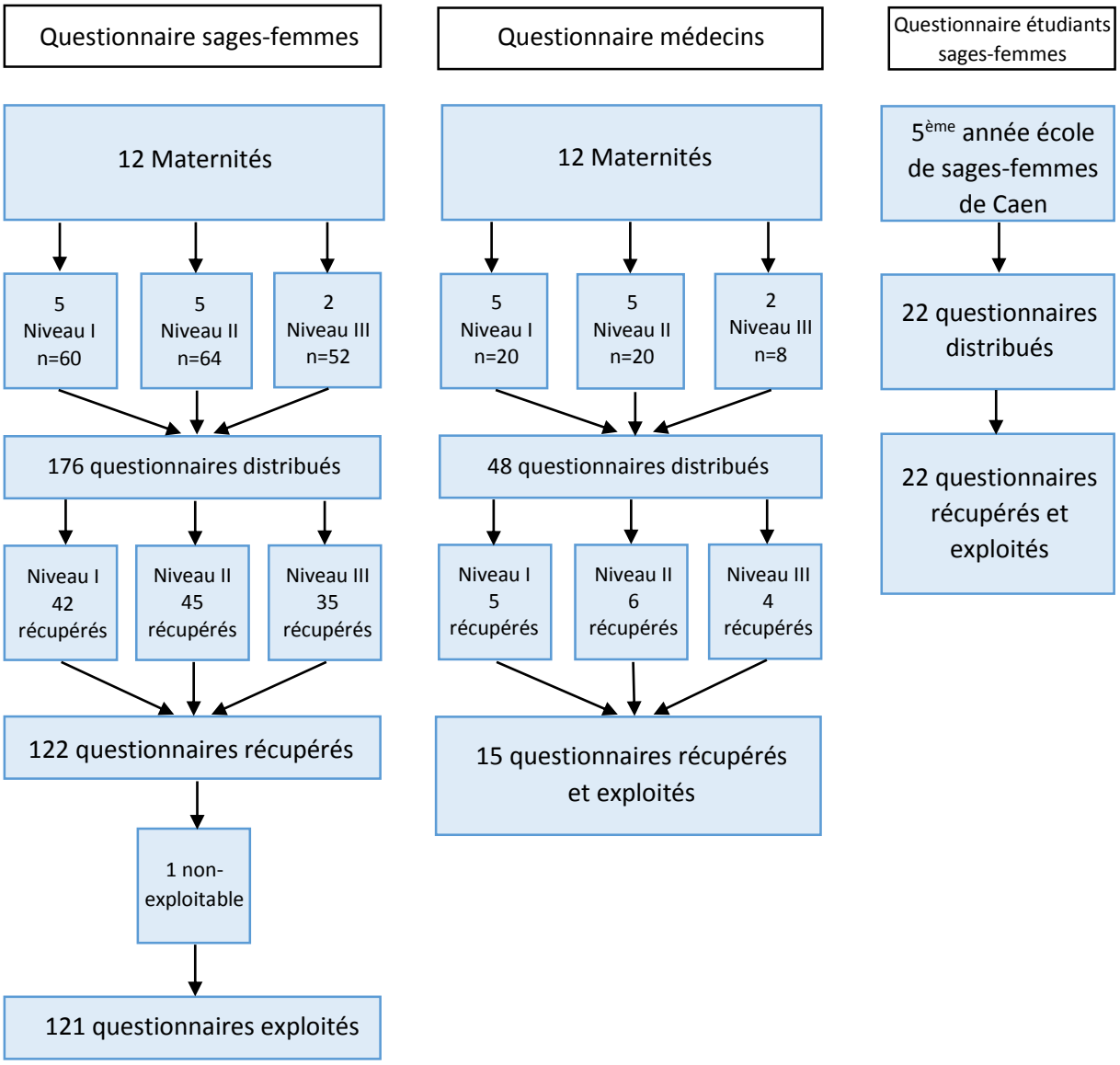


Figure 1 : Organigramme du recrutement des populations.

RÉSULTATS

1. Résultats concernant les sages-femmes

1.1. Caractéristique de la population

L'enquête s'est déroulée sur une période de 10 semaines, 176 questionnaires ont été distribués et 122 questionnaires ont été récupérés. Un de ces questionnaires n'était pas interprétable. Les données exploitables portaient sur une population de 121 sages-femmes.

Les caractéristiques de la population de sages-femmes sont représentées dans le tableau I.

Tableau I : Description des caractéristiques de la population (N=121)

Renseignements	**Caractéristique de la population**	**N** (%)
Sexe	Féminin	108 (89,25)
	Masculin	13 (10,75)
Age	20 à 29	48 (39,67)
	30 à 39	46 (38,02)
	40 à 49	19 (15,70)
	50 à 59	7 (5,78)
	+ de 60	1 (0,83)
Niveau Maternité	I	42 (34,71)
	IIa	10 (8,26)
	IIb	34 (28,10)
	III	35 (28,93)
Temps de présence SDN (écart-type)	Moyenne : 67% sur l'année (1,38)	
Année DE (écart-type)	Moyenne : Juin 2003 (9,09)	

Plus des trois-quarts des sages-femmes (77,69%) avaient entre 20 et 39 ans. Elles travaillaient en moyenne les deux-tiers du temps en salle de naissance.

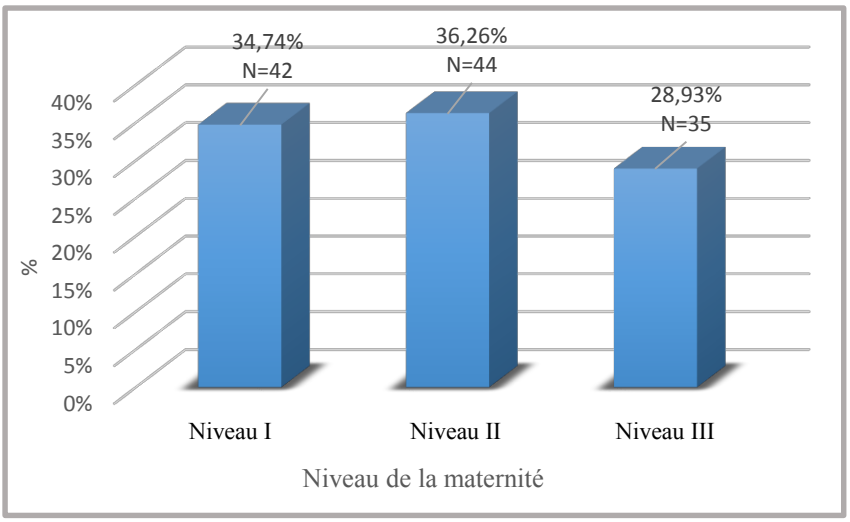


Figure 2 : Répartition des sages-femmes interrogées selon le niveau de leur maternité (N=121).

1.2. Formation initiale

Tableau II : La formation des sages-femmes durant leurs années d'étude

Formation	Caractéristiques	DA N (%)	RU N (%)
Enseignement durant leurs études	Théorique Travaux pratiques Théorique + TP Ne sait plus Aucun	83 (68,6) 6 (5) 30 (24,8) 1 (0,8) 1 (0,8)	85 (70,2) 6 (5) 25 (20,7) 3 (2,4) 2 (1,7)
	Très satisfaisant + satisfaisant Peu + très peu satisfaisant	75 (63,6) 43 (36,4)	74 (63,8) 42 (36,2)
Réalisation durant leurs études	Oui Non Ne sait plus	74 (61,2) 45 (37,2) 2 (1,6%)	59 (49,2) 60 (50%) 1 (0,8)
	1ère année 2ème année 3ème année 4ème année Ne sait plus	0 (0) 3 (4,0) 26 (34,7) 36 (48,0) 10 (13,3)	0 (0) 1 (1,7) 21 (35,0) 29 (48,3) 9 (15,0)
	Nombre	Moyenne : 1,37 (N=121)	Moyenne : 1,15 (N=121)

Plus des deux tiers des sages-femmes ont déclaré n'avoir eu que des cours théoriques sur la DA (68,6%) et la RU (70,2%).

La majorité des sages-femmes (63,6% pour la DA et 63,8% pour la RU) ont considéré avoir eu un enseignement sur ces gestes (théorique et/ou pratique) satisfaisant ou très satisfaisant. Plus d'un tiers des sages-femmes interrogées (37,2%) n'avait jamais réalisé de DA avant d'être diplômées, et la moitié (50%) n'avait pas réalisé de RU.

1.3. Parcours professionnel

Les sages-femmes interrogées ont estimé à 83,47% qu'une formation concernant la DA et la RU au cours de leurs parcours professionnel serait utile ou très utile, contre 16,53% des sages-femmes qui trouveraient cette formation peu utile, très peu utile ou inutile.

La majorité des sages-femmes (89,3%) n'a pas bénéficié d'une formation concernant la DA et la RU une fois diplômée. Parmi celles-ci, 43,5% étaient demandeuses d'une formation sur ce sujet.

Pour les 13 (10,7%) sages-femmes ayant eu une formation, elle s'est déroulée la plupart du temps lors d'un accouchement (84.6%).

1.4. Délivrance artificielle et révision utérine

Tableau III : Pratique de la DA et de la RU depuis le DE

	Caractéristiques	DA N (%)	RU N (%)
Pratique de la DA/RU depuis le DE	Oui	74 (61,2)	59 (49,2)
	Non	45(37,2)	60 (50,0)
	Ne sait plus	2 (1,6)	1 (0,8)
	Niveau I	37 (49,3)	35 (50,7)
	Niveau II	26 (34,7)	25 (36,2)
	Niveau III	12 (16,0)	9 (13,0)
	1er geste après X années (moyenne)	X = 1,49	X = 1,55

Un peu plus d'un tiers (37,2%) des sages-femmes enquêtées n'ont jamais réalisé de DA depuis leur diplôme, et la moitié (50,0%) n'ont jamais réalisé de RU depuis leur DE.

Les 45 sages-femmes n'ayant pas réalisé de DA depuis l'obtention du diplôme l'ont expliqué par différentes raisons :

- 20%, soit 9 sages-femmes étaient récemment diplômées et *« n'avaient pas encore été confrontée à la situation »*
- Les 80% (36) restants ont rapporté que dans leur maternité respective, *« ce sont les internes et les médecins qui réalisent la DA »*. Une sage-femme a précisé en ajoutant : *« […] car même si le médecin est occupé, nous devons attendre l'astreinte »*.

Pour les 60 sages-femmes n'ayant jamais réalisé de RU depuis leur diplôme les raisons étaient :

- 95% soit 57 sages-femmes, ont expliqué que *« ce sont les médecins qui réalisent la RU »*,
- 50% soit 30 sages-femmes par *« la formation des internes »*.
- 44% soit 25 sages-femmes ont mis en avant *« les habitudes de service »*,
- 5%, soit 3 sages-femmes ont justifié n'avoir que peu de pratique, et être récemment diplômées,
- Trois sages-femmes interrogées ont témoigné de la difficulté qu'elles rencontraient à *« s'assurer de la vacuité utérine »*. Trois autres sages-femmes ont déclaré que *« la sage-femme a d'autres fonctions et qu'elle ne pourrait alors pas s'occuper de ses autres patientes »*. Deux sages-femmes ont décrit qu'elles *« préféraient que ce soit un gynécologue qui pratique la RU »*.

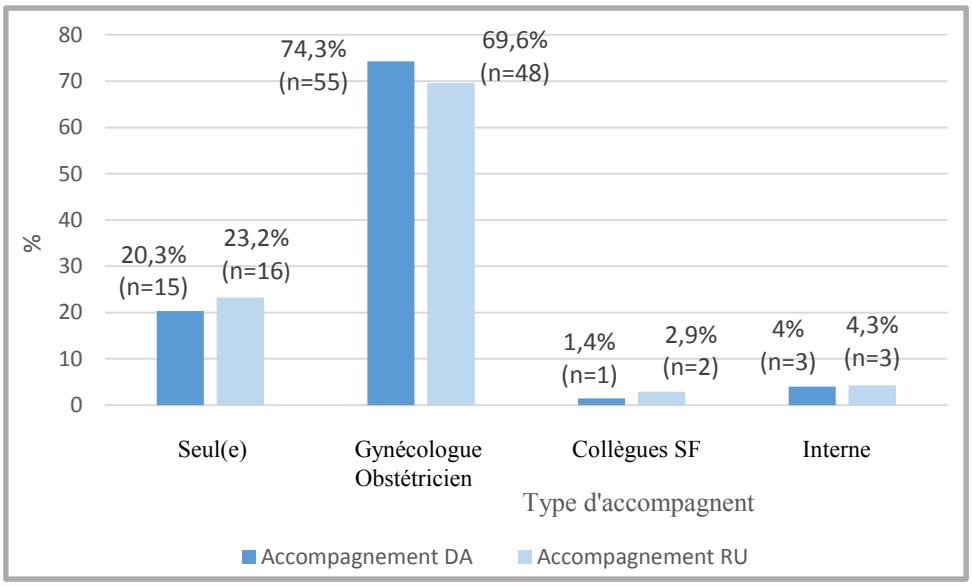


Figure 3 : Accompagnement des sages-femmes lors de leur première DA ou RU après le DE.

Parmi les 74 sages-femmes (61,2%) ayant réalisé une DA depuis leur diplôme, 68% ont pratiqué leur première dans les deux ans suivant le DE, dont 49,3% dans un niveau I, 34,7% dans un niveau II, et 16 % dans un niveau III.

Dans 78,4 % des cas elles étaient accompagnées d'un gynécologue/obstétricien ou d'un interne lors de leur première DA. Mais dans 20,3% des cas elles étaient seules, et dans 8% uniquement aidées par une collègue sage-femme.

Parmi les 59 sages-femmes (49,2%) ayant réalisé une RU depuis leur diplôme, 68,1% ont pratiqué leur première dans les deux ans suivant le DE, dont 50,7% dans un niveau I, 36,3% dans un niveau II, et 13 % dans un niveau III.

Dans 73,9 % des cas elles étaient accompagnées d'un gynécologue/obstétricien ou d'un interne lors de leur première DA. Mais dans 23,2% des cas elles étaient seules, et dans 2,9% uniquement aidées par une collègue sage-femme.

La majorité des sages-femmes interrogées (87,6%) ont estimé avoir réalisé entre 0 et 10 DA depuis leur DE, et 79,0% avoir réalisé entre 0 et 10 RU. Chaque sage-femme ayant réalisé en moyenne 2,12 DA et 2,08 RU depuis le début de son exercice.

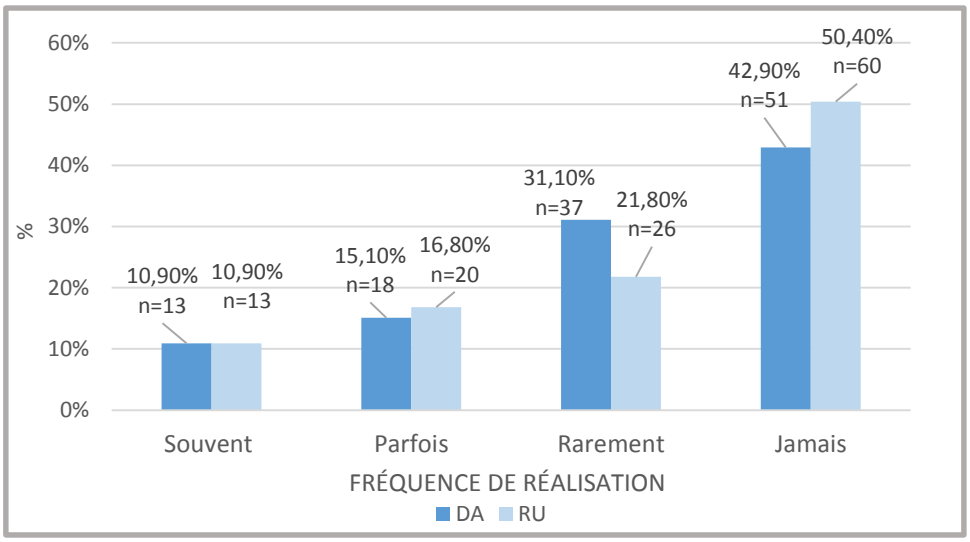


Figure 4 : Estimation par la sage-femme de la fréquence de réalisation de la DA et de la RU.

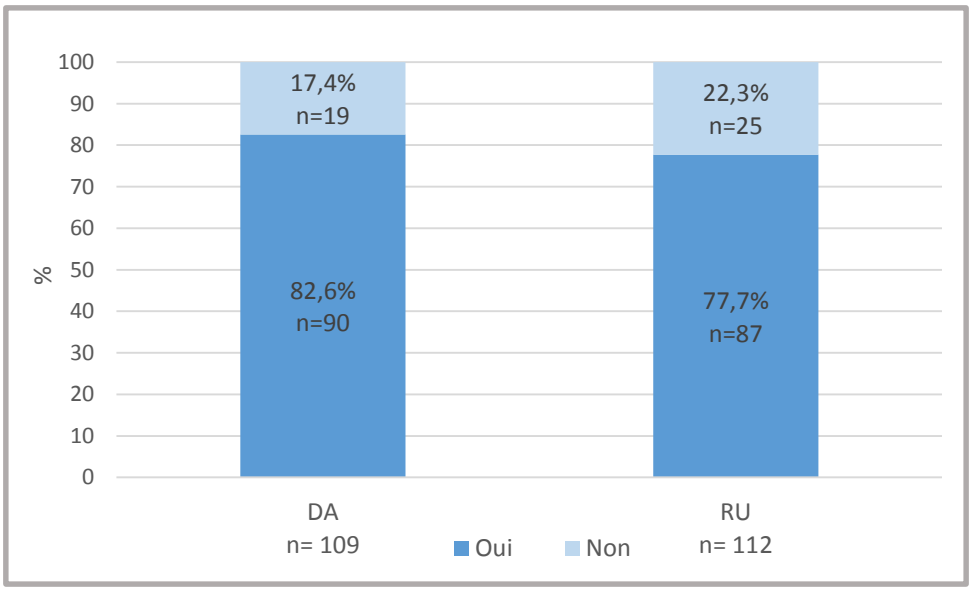


Figure 5 : Pourcentage des sages-femmes souhaitant réaliser la DA et la RU plus souvent.

Les sages-femmes pratiquant dans les maternités de niveau I souhaitaient à 80,6% (29 sages-femmes/36) réaliser plus souvent des DA, contre 68,4% (26 sages-femmes/38) pour la RU. Dans les maternités de niveau IIa, les sages-femmes souhaitaient à 100% (n=10) réaliser plus souvent des DA, contre 90% (9 sages-femmes/10) pour la RU. Dans les maternités de niveau IIb, les sages-femmes souhaitaient à 71,4% (20 sages-femmes/28) réaliser plus souvent

des DA, contre 69% (20 sage-femme/29) pour la RU. Enfin dans les maternités de niveau III, les sages-femmes souhaitaient à 88,6% (31 sages-femmes/35) réaliser plus souvent des DA, contre 91,4% (32 sages-femmes/35) pour la RU.

Suite à la question demandant si les sages-femmes souhaitaient réaliser plus souvent la DA ou la RU, il leur était demandé la raison.

Pour la délivrance artificielle, 89 sages-femmes (73,55%) ont répondu :

- 50 sages-femmes (56,18%) souhaiteraient réaliser plus de DA pour *« être à l'aise en cas d'urgence* » ou « *en cas d'indisponibilité du GO* ».
- 12 sages-femmes (13,48%) ont estimé que « *ce geste faisait partie des compétences des sages-femmes et que nous devrions plus le pratiquer* », « *que réaliser la DA leur permettraient une prise en charge de A à Z de la patiente* ».
- 10 sages-femmes (11,24%) souhaiteraient ainsi améliorer leur pratique.
- 8 sages-femmes (8,99%) souhaiteraient réaliser plus de DA « *pour entretenir leurs compétences* ».
- 2 sages-femmes (2,25%) pense que si les SF réalisaient les DA, « *cela améliorerait la rapidité d'exécution, et diminuerait le délai de prise en charge s'il y a HPP* »
- 1 sage-femme estimait que « *cela ferait moins d'intervenant pour la patiente* ».
- 1 sage-femme souhaiterait réaliser plus de DA pour « *éviter de déranger, surtout la nuit* ».

Cinq sages-femmes ont argumenté le fait qu'elles ne souhaitaient pas réaliser plus souvent de DA :

- 3 ont répondu « *qu'elles avaient déjà beaucoup à faire, qu'elles ne pouvaient pas être partout au même moment* ».
- 1 sage-femme estimait que « *la DA doit être pratiquée par une personne maîtrisant le geste* ».
- 1 sage-femme ne souhaitait pas réaliser de DA car selon elle « *le geste revient au médecin* ».

Pour la révision utérine, 78 sages-femmes (64,46%) ont répondu :

- 46 sages-femmes (58,97%) souhaiteraient réaliser plus de RU pour « *être à l'aise en cas d'urgence* » ou « *en cas d'indisponibilité du GO* ».
- 11 sages-femmes (14,10%) souhaiteraient ainsi améliorer leur pratique.
- 8 sages-femmes (10,26%) ont estimé que « *ce geste faisait partie des compétences des sages-femmes et que nous devrions plus le pratiquer* », « *que réaliser la RU leur permettraient une prise en charge de A à Z de la patiente* » et leur permettraient de travailler en « *autonomie* ».
- 4 sages-femmes (5,13%) souhaiteraient réaliser plus de RU pour « *entretenir leurs compétences* ».
- 1 sage-femme pensait que si les sages-femmes réalisaient les RU, « *cela serait un gain de temps* ».

Huit sages-femmes ont argumenté le fait qu'elles ne souhaitaient pas réaliser plus souvent de RU :

- 3 sages-femmes pensaient que « *la RU devait être pratiquée par un médecin* ».
- 3 sages-femmes estimaient que « *la RU ne faisait pas partie de nos compétences, que ce n'était pas physiologique* ».
- 1 sage-femme a répondu « *qu'elle avait déjà beaucoup à faire, plusieurs patientes à gérer, et n'avait pas assez de reconnaissance* ».
- 1 sage-femme préférait ne pas faire de RU, jugeant le geste « *trop risqué* ».

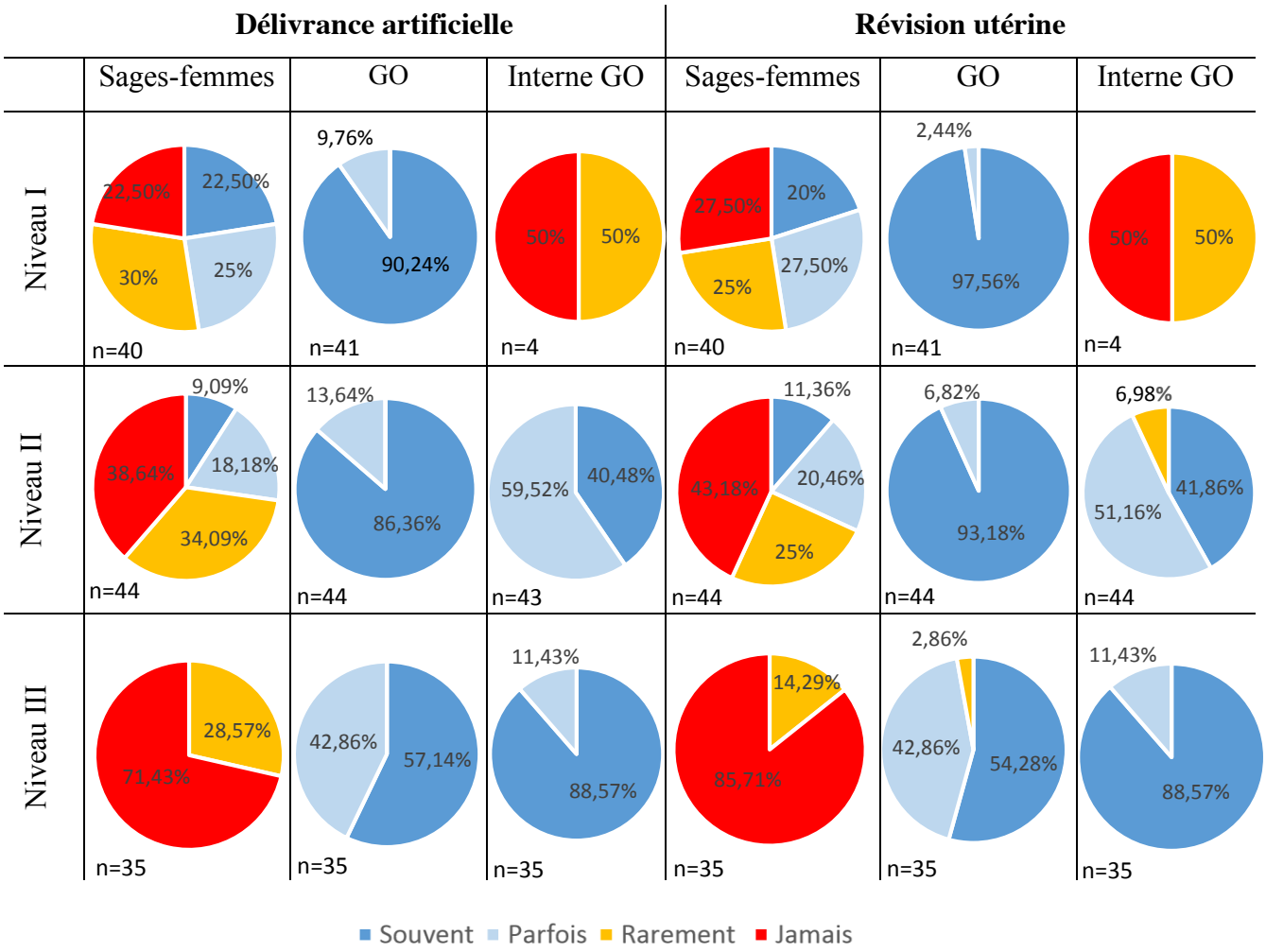


Figure 6 : Estimation par les sages-femmes de la fréquence de réalisation de la DA et de la RU, selon chaque niveau de maternité.

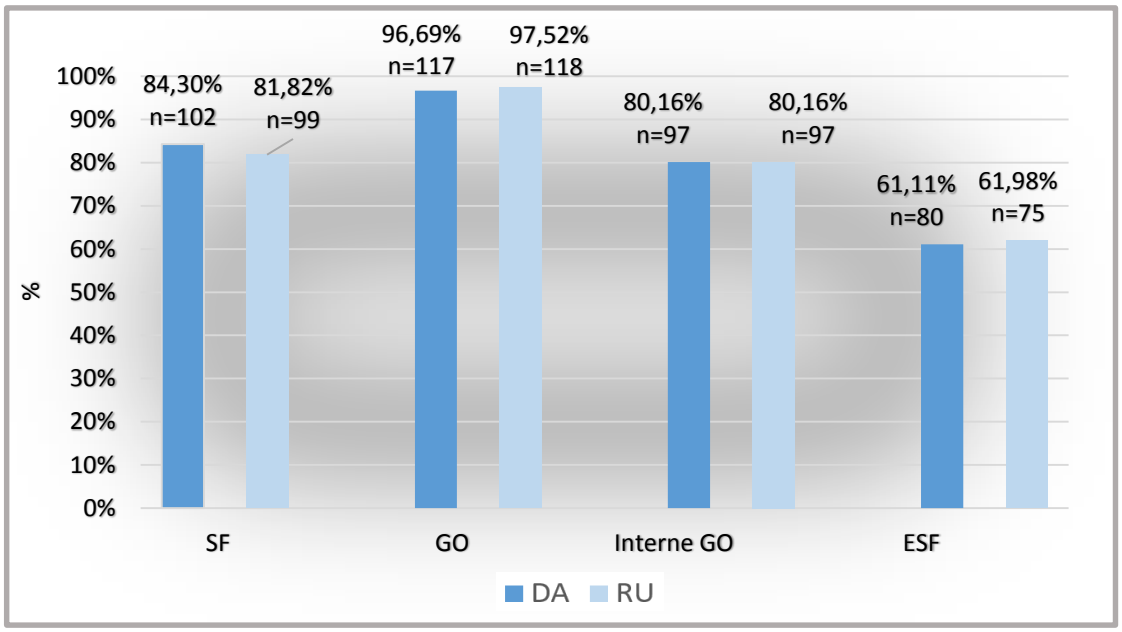


Figure 7 : Estimation par les sages-femmes de la personne qui doit réaliser la DA et la RU.

Tout niveau de maternité confondu, 80,8% des sages-femmes ont déclaré que l'étudiant sage-femme ne pratiquait que rarement ou jamais la DA, contre 83,4% pour la RU. Et 15% ont répondu : « ne sait pas ».

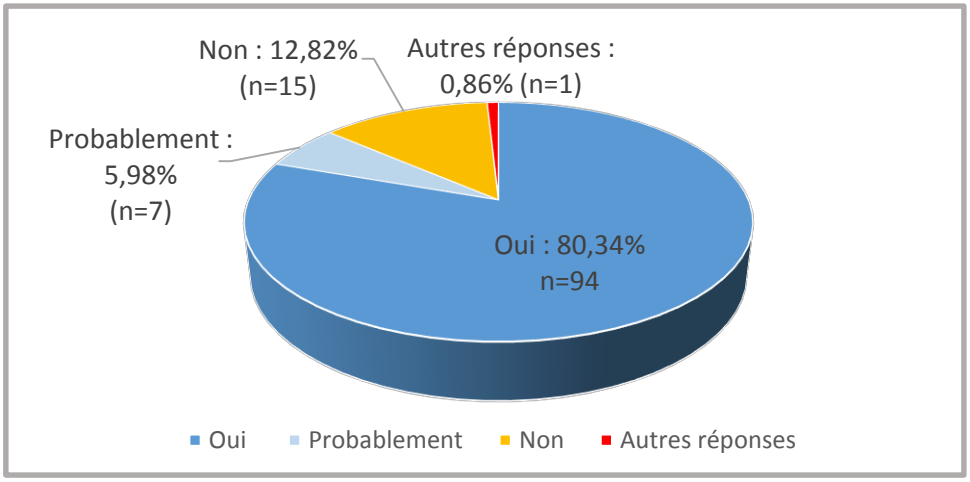


Figure 8 : Répartition des réponses à la question : Selon vous, si la sage-femme pratiquait plus régulièrement ces actes (DA+RU), cela pourrait éviter des retards de prise en charge ?

Une large majorité de sages-femmes (80,34%, n = 94/117) ont estimé que si elles pratiquaient plus régulièrement la DA et la RU, cela pourrait éviter des retards de prise en charge.

Parmi les 15 sages-femmes (12,82%) qui ont répondu négativement à cette question, 8 l'ont expliqué par le fait que le médecin était présent au sein de la maternité.

2. Résultats concernant les médecins

2.1. Caractéristique de la population

L'étude secondaire concernant les médecins a été menée simultanément à celle des sages-femmes. 44 questionnaires ont été envoyés dans les différentes maternités et 15 ont été récupérés, tous étaient exploitables.

Les caractéristiques de la population sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Description des caractéristiques de la population (N=15)

Renseignements	**Caractéristique de la population**	**N** (%)
Profession	Gynécologue-Obstétricien Anesthésiste	14 (93,3) 1 (6,7)
Sexe	Féminin Masculin	4 (26,7) 11 (73,3)
Age	20 à 29 30 à 39 40 à 49 50 à 59 + de 60	0 (0) 5 (33,3) 4 (26,7) 3 (20,0) 3 (20,0)
Niveau Maternité	I IIa IIb III	5 (33,3) 2 (13,3) 4 (26,7) 4 (26,7)

2.2. Délivrance artificielle et révision utérine

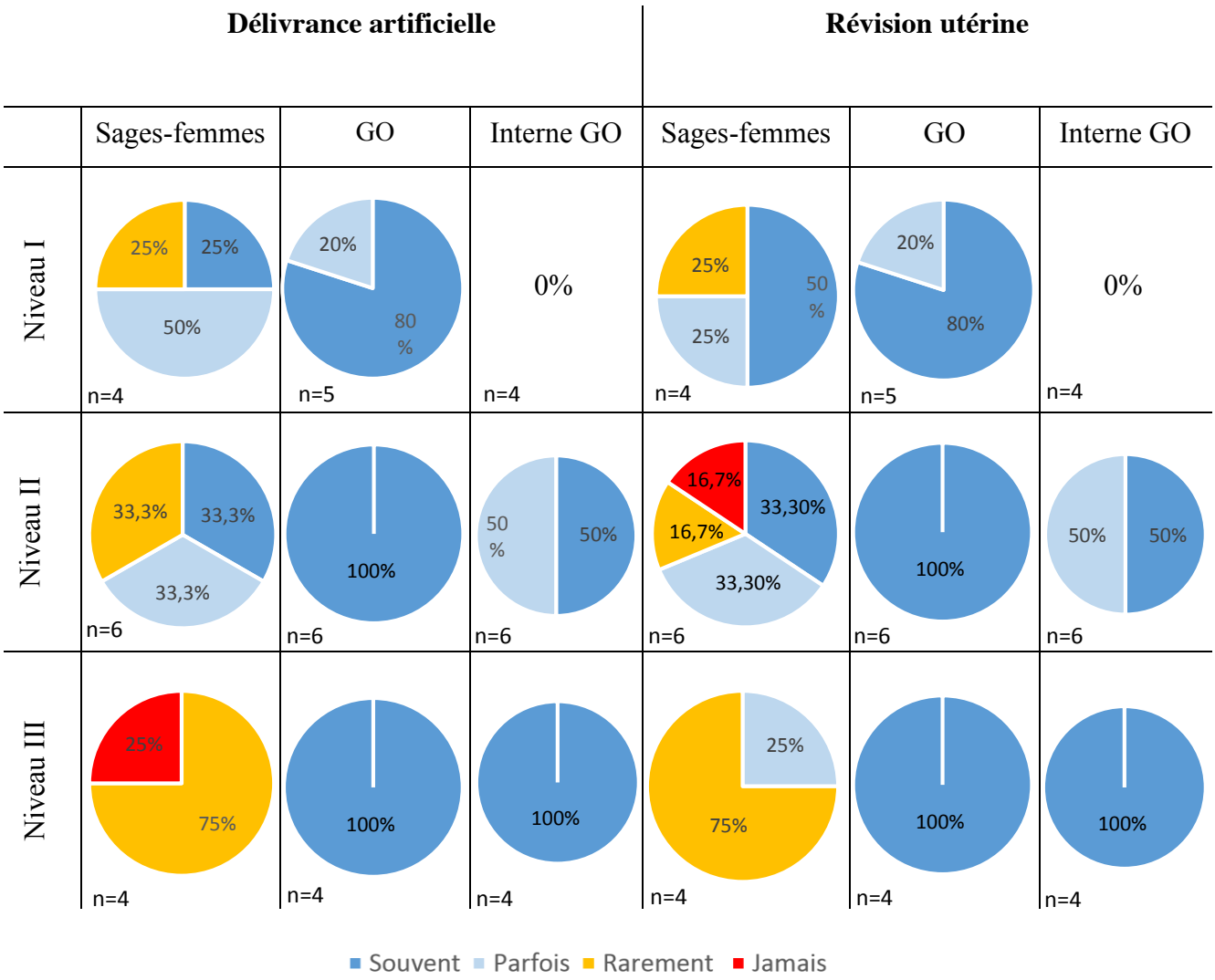


Figure 9 : Estimation par les médecins de la fréquence de réalisation de la DA et de la RU, selon chaque niveau de maternité.

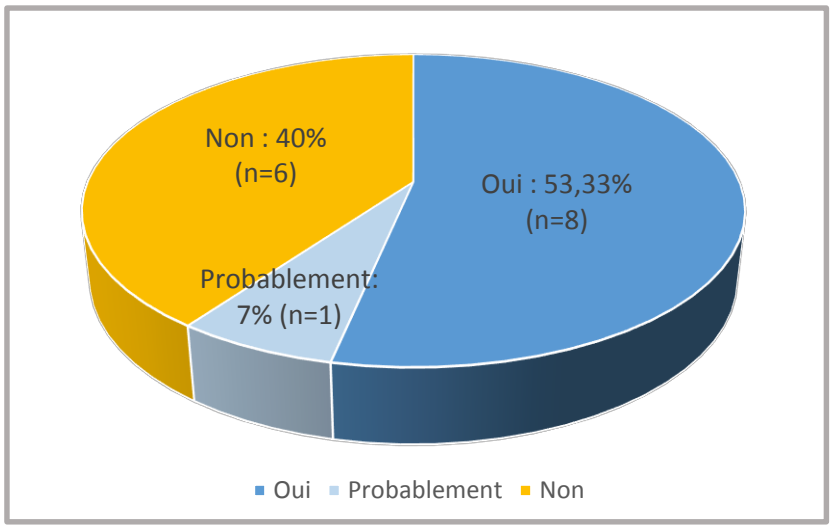


Figure 10 : Répartition des réponses à la question : Selon vous, si la sage-femme pratiquait plus régulièrement ces actes (DA+RU), cela pourrait éviter des retards de prise en charge ?

Certains gynécologues-obstétriciens ont justifié leurs réponses.

Parmi les 8 gynécologues-obstétriciens qui étaient favorables au fait que si une sage-femme pratiquait plus régulièrement la DA et la RU, cela pourrait éviter des retard de prise en charge, 5 ont ajouté que *« cela serait d'autant plus vrai dans une petite maternité où l'obstétricien ne serait pas sur place »*.

Parmi les 6 réponses négatives, 3 gynécologues-obstétriciens estimaient *que « cela ne changerait pas grand-chose dans leur maternités car le gynécologue-obstétricien et le médecin anesthésiste-réanimateur sont toujours de garde au sein de la maternité »*.

3. Résultats concernant les étudiants sages-femmes

Une troisième étude portait sur la pratique de la DA et de la RU par les étudiants en dernière année d'étude à Caen. Les 22 étudiants de la promotion ont répondu à ce questionnaire.

3.1. Formation initiale

Tableau V : La formation des étudiants sages-femmes

Formation	Caractéristiques	DA N (%)	RU N (%)
Enseignement durant leurs études	Théorique	22 (100)	22 (100)
	Travaux pratiques	0 (0)	0 (0)
	Théorique + TP	0 (0)	0 (0)
	Ne sait plus	0 (0)	0 (0)
	Aucun	0 (0)	0 (0)
	Très satisfaisant	2 (9,1)	2 (9,1)
	Satisfaisant	18 (81,8)	18 (81,8)
	Peu satisfaisant	2 (9,1)	2 (9,1)
	Très peu satisfaisant	0 (0)	0 (0)
Réalisation durant leurs études	Oui	4 (18,2)	6 (27,3)
	Non	18 (81,8)	16 (72,7)
	Moyenne par étudiant durant leurs études	0,18	0,27

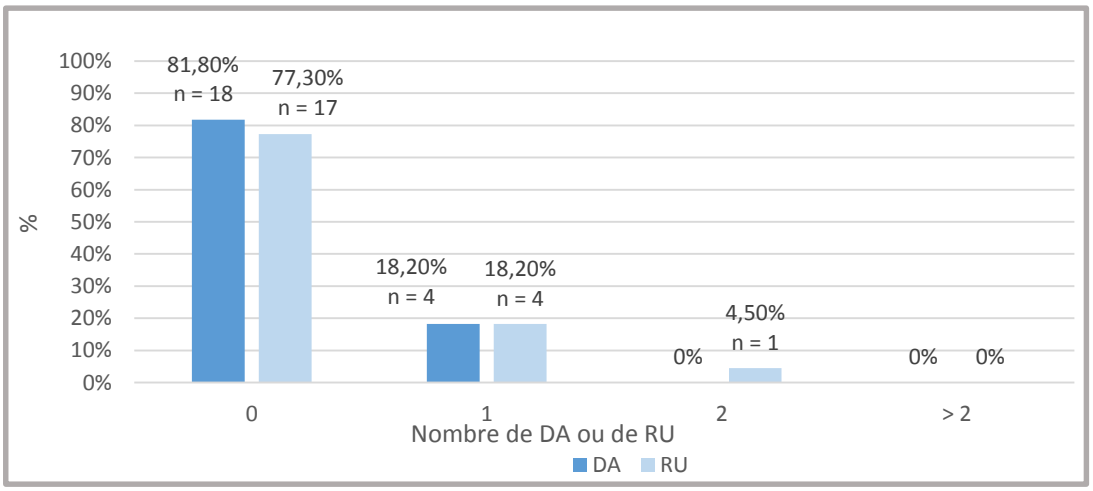


Figure 11 : Nombre de DA et de RU réalisées par les étudiants de dernière année durant leurs études.

3.2. Future vie professionnelle

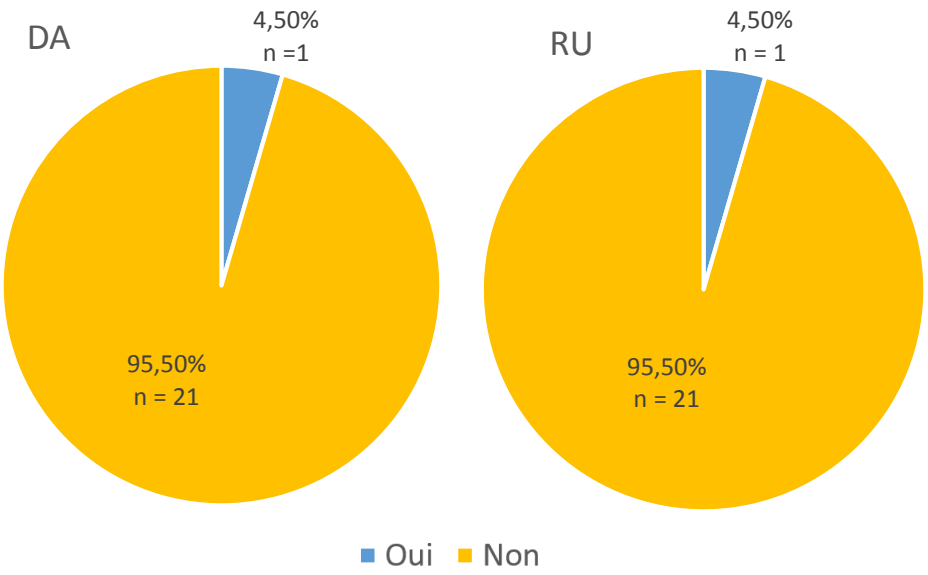


Figure 12 : Répartition des réponses à la question : Vous sentez-vous prêt à réaliser seul une DA ou une RU ? (sans gynécologue obstétricien à vos côtés)

Deux étudiantes sages-femmes ont argumenté le fait qu'elles ne se sentaient pas prêtes pour réaliser seule une DA ou une RU :

- La première a répondu : *« Non je ne me sens pas prête sauf si le Gynécologue-obstétricien est à coté pour guider la première fois et vérifier la vacuité utérine après le geste. Et oui, dans l'urgence si pas le choix car les enseignements théoriques étaient clairs »*.
- La seconde expliquait : *« Non, sauf si le gynécologue-obstétricien est présent pour le faire la première fois ou si urgence »*.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Points forts

Ce travail avait pour but de dresser un état des lieux sur la pratique de la DA et de la RU par les sages-femmes au sein des douze centres hospitaliers publics de Basse-Normandie. Cela huit ans après l'intégration de ces compétences au code de déontologie des sages-femmes.

Cette étude était prospective. L'étude a été acceptée dans les douze maternités publiques de la région et 121 questionnaires ont pu être récupérés sur les 176 questionnaires distribués. L'effectif de sage-femme est celui espéré et le taux de participation de 69,32% est satisfaisant.

La répartition des sages-femmes et des médecins était homogène dans les différents niveaux de maternité.

De plus, une enquête sur la pratique de la DA et de la RU par les étudiants sages-femmes de dernière année (SMa 5) de l'école de Caen a été réalisée en mars, une fois le stage dit « interné » réalisé.

1.2. Points faibles

Parmi les 121 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 23 étaient diplômées d'autres écoles que celle de Caen. Ce qui peut représenter un biais quant à la formation initiale de ces sages-femmes.

Deux questions dans le questionnaire destiné aux sages-femmes n'ont pas pu être interprétées lors des résultats :

- Les questions 15 et 20, qui concernaient les circonstances de pratique de la DA et de la RU (contexte d'urgence ou non, absence du gynécologue ou demande de la sage-femme). Ces questions ont mal été comprises par les sages-femmes et ont ainsi rendu impossible l'exploitation des résultats.

- La question 23 portant sur les connaissances des sages-femmes en terme de législation par rapport à la DA et la RU. Il y avait une erreur dans la deuxième proposition. Les sages-femmes étant autorisées depuis le décret du 17 juillet 2012 à pratiquer les DA et RU sur les utérus cicatriciels.

La population des médecins ayant répondu au questionnaire est faible avec seulement 15 questionnaires récupérés et ne peut donc pas être représentative de leur profession du fait du manque de puissance.

2. Pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine

2.1. Pratique par la sage-femme en fonction du niveau de la maternité

L'étude a permis de mettre en évidence des différences significatives entre les maternités de niveau I et celle de niveau III quant à la pratique par les sages-femmes de la DA et de la RU.

Tableau VI : Comparaison des fréquences de pratique pour la DA et pour la RU entre les maternités de niveau I et les maternités de niveau III.

Fréquence	p (DA)	p (RU)
Souvent	0,01	0,02
Parfois	0,01	0,01
Rarement	0,92	0,34
Jamais	0,01	0,01

Tableau VII : Comparaison des fréquences de pratique pour la DA et pour la RU entre les maternités de niveau II et les maternités de niveau III.

Fréquence	p (DA)	p (RU)
Souvent	0,08	0,05
Parfois	0,01	0,01
Rarement	0,70	0,33
Jamais	0,11	0,06

Tableau VIII : Comparaison des fréquences de pratique pour la DA et pour la RU entre les maternités de niveau I et les maternités de niveau II.

Fréquence	p (DA)	p (RU)
Souvent	0,23	0,35
Parfois	0,54	0,55
Rarement	0,77	1
Jamais	0,24	0,30

Ainsi les sages-femmes pratiquent plus souvent les DA et les RU dans une maternité de niveau I plutôt que dans une maternité de niveau III.

Il n'y a pas eu de différences significatives retrouvées quant à la pratique de ces gestes en maternité de niveau I et leur pratique en maternité de niveau II. On peut donc en conclure que les sages-femmes pratiquent aussi fréquemment la DA et la RU dans les maternités de niveau I que dans les maternités de niveau II.

Néanmoins, les résultats ne permettent pas de conclure si les sages-femmes pratiquent plus la DA et la RU dans les maternités de niveau II par rapport aux maternités de niveau III. On peut supposer que ces résultats non-significatifs sont dus à un manque de puissance car il n'y a que 44 sages-femmes dans le groupe de maternité de niveau II et 35 dans celui de niveau III.

Pour chaque niveau de maternité, les sages-femmes pratiquent aussi fréquemment la DA que la RU.

La pratique de la DA et/ou de la RU est ainsi étroitement liée au niveau de la maternité. Les sages-femmes exerçant dans les maternités de niveau I pratiquent plus de DA / RU que les sages-femmes de niveau III, ce qui valide en partie l'hypothèse n°1. Elle ne peut pas être totalement validée du fait que l'on ne peut pas conclure quant à la différence de pratique de la DA et de la RU entre les maternités de niveau II et de niveau III.

L'organisation des services dans les différents niveaux de maternité semble être l'une des raisons des différences de pratiques de la DA et de la RU par les sages-femmes. En effet, ces dernières ont pour la plupart expliqué que le gynécologue-obstétricien était souvent présent et que c'était lui ou l'interne, devant se former, qui pratiquait ces gestes, de par les habitudes de service (89,53% n = 77). Les autres raisons émanaient de sages-femmes nouvellement diplômées qui n'avaient pas été confrontées à la situation (8,14% n = 7). Ces résultats permettent donc de valider notre deuxième hypothèse : la pratique de la DA et de la RU dépend de l'organisation et des habitudes de services.

Il n'a pas été retrouvé de résultat significatif entre le pourcentage de temps passé en SDN et fréquence de réalisation de la DA et de la RU. Il n'a pas non plus été retrouvé de différence significative en comparant la DA avec la RU.

Une étude de 1998 réalisée par *B. Blondel* avait permis d'évaluer les pratiques des sages-femmes en maternité dans onze régions de France, dont la Basse-Normandie. La pratique de la DA était décrite dans cet article. Nous avons pu alors comparer nos résultats à ceux de *B. Blondel*. [14]

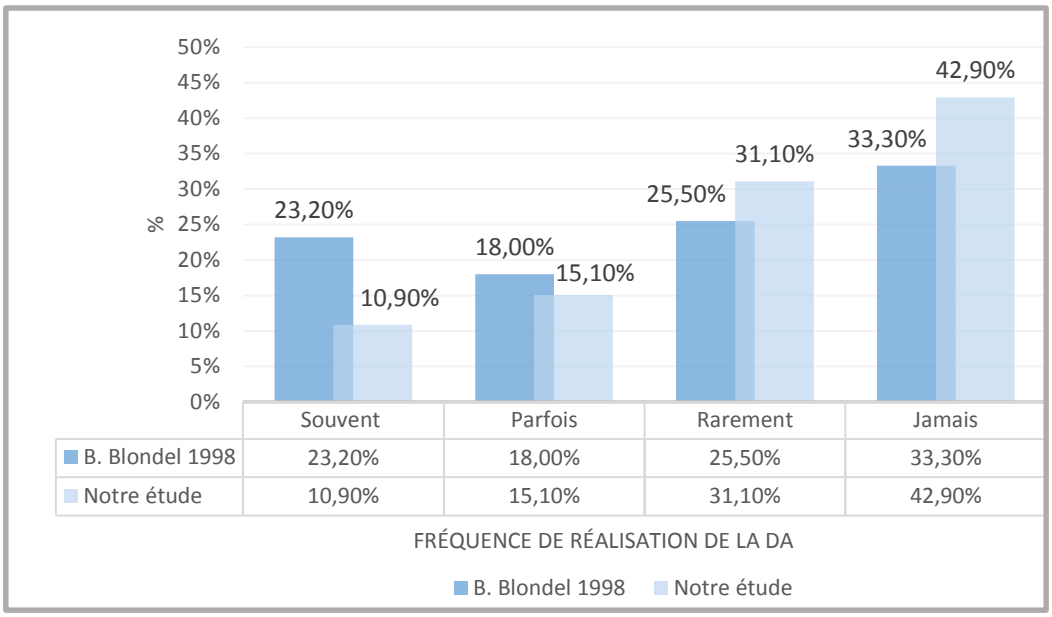


Figure 13 : Comparaison entre notre étude et l'étude de *B. Blondel* sur la fréquence de réalisation de la DA par les sages-femmes.

Les résultats de l'étude de *B. Blondel* sont issus d'une enquête réalisée dans des maternités publiques, recensant une population de 884 sages-femmes constituée par tirage au sort. Nous ne connaissons pas les proportions de sages-femmes selon les niveaux des maternités. Cependant l'écart entre les deux études pour les sages-femmes ayant répondu « souvent » est important (23,20% vs 10,90%).

Pour rappel, avant 2006 et le décret n° 2006-1268, les sages-femmes pouvaient réaliser les DA et les RU, uniquement en cas de circonstances exceptionnelles. Depuis 2006, ces gestes font parties de leurs compétences. Nous aurions alors pu nous attendre à une augmentation de la fréquence de leur réalisation.

Deux études, l'une réalisée à Metz en 2009 et l'autre à Nancy en 2011 dans le cadre du mémoire de sage-femme mettaient aussi en avant les habitudes de service comme explication de la non-intervention des sages-femmes lors des DA et des RU. Ces mémoires mettant en évidence que les DA et les RU étaient réalisées par les médecins ou les internes. [15, 16]

2.2. Pratique par les étudiants durant leurs stages

Les données concernant les étudiants sages-femmes en dernière année d'étude à l'école de Caen vont dans le même sens que les résultats de l'enquête menée auprès des sages-femmes. En effet seuls quatre étudiants sur une promotion de 22 ont pu réaliser une DA, et six une RU. Une DA et une RU ont été réalisées durant une césarienne par la cicatrice d'hystérotomie. Par ailleurs, une seule étudiante a pu réaliser deux RU.

Ainsi, respectivement 77% et 81% des étudiants n'ont jamais effectué de DA et de RU, cela, à moins de quatre mois du diplôme. Un des objectifs de chacun d'entre nous est de pouvoir faire une DA et/ou une RU au cours du dernier stage en salle de naissance du second semestre.

L' étude menée en septembre 2009 dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme à Metz auprès d'étudiants sages-femmes de dernière année dans les écoles de Besançon, Dijon, Metz, Reims et Strasbourg montrait que 69% des étudiants n'avaient jamais fait de DA. [15]

L'étude menée à Nancy en 2011 mettait en évidence que 89% des étudiants, soit 24 étudiants sur 27 n'avaient jamais réalisé de DA et que seulement 26% des étudiants avaient déjà pu pratiquer une RU. [16]

Ces différentes études montrent que les étudiants sages-femmes ne réalisent que très peu ces gestes au cours de leurs formation initiale. Notre étude semble aller dans le même sens que ce qui a pu être retrouvé dans la littérature.

L'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme définissait des objectifs cliniques en vue de l'obtention du diplôme d'État, tel que : « […] *Pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum).* » [17]

Cet arrêté a été modifié par celui du 19 décembre 2011 qui supprime entre autre l'obligation d'avoir réalisé des DA et des RU. Aucun étudiant de notre étude n'aurait pu atteindre cet objectif s'il avait toujours été en vigueur. Les moyennes étaient de 0,18 DA et 0,27 RU par étudiant durant leurs études de sages-femmes.

Actuellement le référentiel de compétences des sages-femmes précise que la sage-femme doit être en mesure de *« prévenir les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de postpartum immédiat »*. (Annexe VI)

Les sages-femmes ont répondu en très grande majorité (entre 80,8 et 83,4%) que l'étudiant sage-femme ne pratiquait que rarement ou jamais la DA et la RU.

Même si l'apprentissage de la DA et la RU repose sur des cours magistraux, aucun travaux pratiques n'a été réalisé. Peut-on maitriser un geste technique sans l'avoir jamais réalisé ? Nous tenterons d'apporter des solutions à cette question dans une prochaine partie de ce mémoire.

3. Motivation ou intérêt des sages-femmes

Les taux de pratique de la DA et de la RU, par les sages-femmes ou par les étudiants sont très faibles. Sont-ils imputables à un manque de volonté, de motivation quant à la réalisation de ces gestes ?

Les sages-femmes et les étudiants font-ils valoir leurs droits, montrent-ils de l'intérêt auprès du gynécologue quant à la pratique de ces gestes ? S'accordent-ils avec le chef de garde pour en réaliser ? D'autant plus lors d'une situation non urgente où le médecin pourrait guider la sage-femme ou l'étudiant à la pratique d'une DA ou d'une RU.

3.1. Constat de l'étude

L'étude concernant les sages-femmes montrent qu'environ deux-tiers d'entre-elles (68,6%) n'ont reçu qu'un enseignement théorique lors de leur formation, et un quart (24,8%) ont bénéficié à la fois d'un enseignement théorique et pratique.

La majorité (63,6%) des sages-femmes se dit très satisfaite ou satisfaite de ces enseignements, et les autres (36,4%), se disent peu ou très peu satisfaites.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre la DA et la RU sur les enseignements, et la satisfaction des sages-femmes est la même entre la DA et la RU.

Les étudiants sages-femmes quant à eux, n'ont eu qu'un enseignement théorique, pas de pratique. Ils sont, pour la grande majorité (90,9%), satisfaits de cet enseignement.

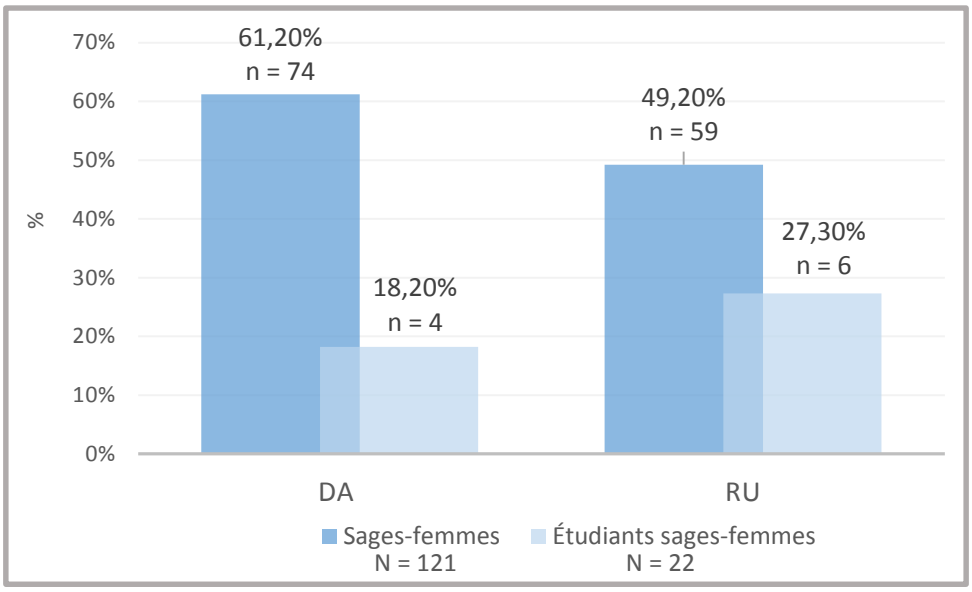


Figure 14 : Pourcentage de pratique de la DA et de la RU par les sages-femmes et les étudiants sages-femmes durant leurs études.

La différence est significative entre la pratique de DA par les sages-femmes pendant leurs études et la pratique des actuels étudiants sages-femmes (p = 0,02), mais ne l'est pas pour la RU (p = 0,22).

Les étudiants sages-femmes en dernière année à Caen ont donc réalisé moins de DA durant leurs études que leurs ainés.

Et cela se ressent sur la confiance en soi qu'ont les étudiants. En effet, 21 étudiants sur les 22 que compte la promotion (95,5%), ne se sentent pas prêts une fois diplômés à réaliser seuls (sans gynécologue-obstétricien à leurs côtés) une DA ou une RU, ce qui valide notre troisième hypothèse. Nous pouvons comparer ces résultats avec ceux de l'étude réalisée à Metz en 2009 où 70% des étudiants ne se sentaient pas prêts à réaliser une DA seul. En 2014, une étude a été menée au sein des hôpitaux publics du Réseau Sécurité-Naissance des Pays de la Loire (qui comporte 16 maternités enquêtées). L'étude interrogeait les sages-femmes sur leur pratique de la DA et de la RU. Nous apprenions que 56% des sages-femmes interrogées se sentaient prêtes à réaliser une DA/RU à la fin de leurs études. [15, 18]

Dans leurs vie professionnelle, les sages-femmes pratiquent peu la DA et la RU. Néanmoins, notre étude montre que les sages-femmes souhaitent pratiquer ces gestes plus régulièrement (82,6% pour la DA, 77,7% pour la RU). En effet, la majorité d'entre elles

aimerait se sentir plus à l'aise en cas d'urgence, ou si l'organisation de la prise en charge est modifiée en cas d'indisponibilité de l'obstétricien. Les sages-femmes ont montré leurs désirs de reconnaissance de leur champ de compétence, elles estiment que si elles pouvaient réaliser la DA ou la RU, cela permettrait une prise en charge complète de la patiente. Ces requêtes semblent légitimes de par le fait que la réalisation de ces gestes fait partie du référentiel du métier de sage-femme.

Les études menées auprès des sages-femmes et des médecins ont permis de mettre en lumière que la grande majorité des sages-femmes (80,34%) et la majorité des médecins (53,3%) pensent que si les sages-femmes réalisaient plus régulièrement la DA et la RU, cela pourrait éviter des retards de prise en charge. En effet, la sage-femme réalisant le plus souvent l'accouchement, se retrouve en première ligne lors d'une rétention du placenta ou d'une hémorragie de la délivrance.

3.2. Formation initiale et continue

Selon notre étude, 20,3% des sages-femmes ont réalisé leur première DA seule, sans gynécologue-obstétricien ou collègue à leurs côtés ; et 23,2% pour la RU. Ces chiffres sont importants et soulignent l'aspect essentiel d'une formation initiale satisfaisante. En effet un étudiant sur cinq devra effectuer le geste en ayant pour seul bagage sa formation théorique et les éventuels gestes réalisés en stage. Sur la promotion, seulement cinq étudiants ont déjà réalisé un geste endo-utérin. Au vu de la pratique des étudiants de dernière année de Caen, quels moyens peuvent être mis en œuvre pour améliorer la formation des étudiants sages-femmes ?

Les étudiants sages-femmes semblent être satisfaits du cours théorique dispensé sur la DA et la RU. Néanmoins aucun TP n'est réalisé sur ce sujet, alors que d'autres le sont concernant les manœuvres obstétricales ou la réanimation du nouveau-né par exemple.

La simulation sur mannequin est un des moyens mis en place dans certaines facultés pour parfaire la pratique des étudiants, mais aussi des professionnels de santé, lors de formation continue. Il est prouvé, de par la littérature que la simulation sur mannequin apporte de réels bénéfices aux participants, à tel point que la simulation en santé, et plus particulièrement la simulation haute-fidélité fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la formation initiale et continue. La simulation haute-fidélité permet d'exécuter grâce à un

mannequin robotisé, des scénarios préprogrammés et peut répondre à une variété infinie de situations cliniques. [19]

La simulation permet de mettre en évidence les différents dysfonctionnements lors d'urgence obstétricale. Il a été montré que les praticiens formés par la simulation obtenaient de meilleurs résultats lors d'accouchements compliqués de dystocie des épaules. Elle permet d'améliorer la confiance en soi des équipes médicales. [19, 20, 21]

Une revue de la littérature de huit articles concernant la formation des étudiants sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens montre que la simulation de l'HPP permet d'améliorer les connaissances théoriques de façon significative, la communication et la performance dans la prise en charge de l'HPP. [22]

La simulation haute-fidélité semble donc être un moyen idéal pour tout étudiant sage-femme ou toute sage-femme souhaitant améliorer ses pratiques. Cependant, les difficultés pour mettre en place cet outil de formation sont avant tout d'ordre financier, le simulateur étant extrêmement onéreux.

Les sages-femmes bas-normandes ont estimé à 83,47% qu'une formation concernant la DA et la RU au cours de leur parcours professionnel serait utile ou très utile. Elles ont une obligation légale de formation continue qui précise que : *« les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances »*. Le développement professionnel continu peut conduire à une formation sur ce sujet. [23]

Le CHU de Caen est équipé d'un laboratoire où ont lieu des formations de simulation sur mannequin, dont une formation obstétricale permettant de s'entraîner sur des situations d'urgences obstétricales en salle de naissance. (Annexe VII) Les étudiants sages-femmes de l'école de Caen n'ont jusqu'à ce jour pas encore pu participer à ces journées de formation sur mannequin haute-fidélité.

4. Propositions

Comme nous le montrent les résultats de l'enquête, les étudiants sages-femmes n'ont qu'une connaissance théorique de la DA et de la RU. La pratique sur les terrains de stage étant rare, la simulation sur mannequin haute-fidélité, déjà mis en place au CHU de Caen semble être une bonne formation complémentaire aux gestes pratiqués sur les terrains de stage. Il serait souhaitable que les promotions futures puissent bénéficier de cet outil.

Il en est de même pour les sages-femmes, qui pratiquent peu et pourtant souhaiteraient faire plus. La simulation sur mannequin haute-fidélité, permettraient aux sages-femmes d'améliorer leur gestion d'une situation de crise afin d'optimiser la prise en charge des patientes.

Néanmoins, la simulation ne se substitue pas à la pratique. En effet, elle ne permet pas d'acquérir techniquement la maîtrise du geste. Le seul moyen d'obtenir cette maîtrise est la répétition des gestes en salle de naissance sur des situations réelles. Pour cela la collaboration obstétriciens – sages-femmes est essentielle. Le compagnonnage lors de DA ou de RU sans notion d'urgence les premiers temps semble recommandé pour permettre à plus long terme une maîtrise de ces gestes. Les sages-femmes exploiteraient alors pleinement leurs compétences en assurant une prise en charge globale des patientes.

Les étudiants sages-femmes doivent aussi être acteurs de leur formation, leurs objectifs de stage doivent être clairement définis. Ainsi, il serait intéressant d'envisager la mise en place d'une feuille individuelle, pour chaque étudiant, permettant de comptabiliser les actes réalisés aux cours de ses différents stages en salle de naissance. (Annexe VIII) L'étudiant actualiserait régulièrement son compte d'actes au fil des gardes, et communiquerait ce document à la sage-femme en début de garde. Le professionnel pourrait alors apprécier l'expérience de l'étudiant dans tel ou tel domaine. La sage-femme aurait alors les moyens d'orienter la formation de l'étudiant. Ainsi, par exemple, si l'étudiant souhaite se perfectionner à la pratique de la DA et de la RU, il pourrait être convenu avec la sage-femme, l'interne et/ou le chef de garde de laisser effectuer ces gestes à l'étudiant, en dehors d'un contexte d'urgence.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'études s'est intéressé à la pratique par les sages-femmes de la délivrance artificielle et de la révision utérine.

L'objectif principal de ce mémoire était de dresser un état des lieux dans les douze maternités publiques de Basse-Normandie, sur la réalisation de ces gestes par les sages-femmes, huit ans après l'ajout de ces compétences au code de déontologie.

L'étude a permis de mettre en évidence que la pratique de la DA et de la RU par les sages-femmes était plus fréquente en niveau I qu'en niveau III, et qu'elle était étroitement liée aux habitudes de services. Les sages-femmes mais aussi les étudiants ne réalisent que rarement ces gestes, la DA et la RU étant essentiellement pratiquées par les obstétriciens ou les internes. Ce travail a également montré qu'actuellement, les sages-femmes ne réalisent pas plus souvent de DA et de RU qu'avant l'intégration législative de ces gestes dans leurs champs de compétences. L'étude a également pu mettre en avant le manque de formation, notamment pratique, des étudiants sages-femmes.

Selon l'étude, quels que soient les différents professionnels enquêtés, ceux-ci ont estimé que la pratique régulière de la DA et de la RU par les sages-femmes entraîneraient moins de retard dans la prise en charge d'une hémorragie du post-partum.

Une formation semble indispensable pour permettre aux sages-femmes et étudiants sages-femmes de réaliser plus fréquemment ces gestes, et d'ainsi exploiter leurs compétences. Il apparait comme incontournable aujourd'hui d'avoir recours à la simulation comme moyen d'apprentissage. Cet outil permet d'améliorer la gestion d'une situation d'urgence, cependant, il ne permet pas la maîtrise du geste. Seule la réalisation répétée de DA et de RU, grâce à la collaboration des obstétriciens et internes donnera aux professionnels la maitrise de ces gestes. Il revient donc à l'étudiant sage-femme de montrer sa motivation et sa persévérance à acquérir l'ensemble des compétences nécessaires à son exercice sur les terrains de stage, car il est avant tout acteur de sa formation.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (page consultée le 12 décembre 2014). Recommandations pour la pratique clinique. Les hémorragies du post-partum, [en ligne]. http://www.cngof.asso.fr/

[2] WHO, UNICEF, UNFPA, The world bank. Trends in maternal mortality : 1990 to 2013. World health organization. 2014 ; 56 : 4.

[3] Institut national de la santé et de la recherche médicale. (page consultée le 26 octobre 2014). Mortalité maternelle : diminution de la mortalité par hémorragies, [en ligne]. http://presse-inserm.fr/

[4] Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaud C, Saucedo M d C et al. Les morts maternelles en France : Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2007-2009. Maisons-Alfort : France Repro ; 2013. Commandité par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

[5] Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaud C, Saucedo M d C et al. Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2001-2006. Maisons-Alfort : France Repro ; 2010. Commandité par l'Institut de veille sanitaire.

[6] Bonnet MP, Basso O, Bouvier-Colle MH et al. Pospartum haemorrhage in Canada and France : a population-based comparison. PLoS ONE. 2013 Jun 24 ; 8 (6) : 6.

[7] Durier M, Grynberg M, Charles C, Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. In : Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. Paris : Elsevier Masson ; 2010. 5-108-M-10.

[8] Lansac J, Perrotin F. Délivrance et examen du placenta. In : Lansac J, Descamps P, Oury JF. Pratique de l'accouchement, 5ème édition. Paris : Masson ; 2012. p. 91-106.

[9] Pierre F, Mesnard L, Body G. For a systematic policy of IV oxytocin direction of third stage of labor Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1992 ; 43 : 131-135.

[10] Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B. Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 Déc ; 33 (8) : 57-64.

[11] Campus gynécologie-obstétrique. (page consultée le 2 novembre 2014). Accouchement, délivrance et suites de couches normales, [en ligne]. http://campus.cerimes.fr/

[12] Legifrance. (page consultée le 14 novembre 2014). Code de la santé publique - Article R4127-313, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

[13] Legifrance. (page consultée le 14 novembre 2014). Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

[14] Blondel B. Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées : résultats d'une enquête dans 11 régions. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1998 Juin 17 ; 27 : 692-701.

[15] Marchal B. La pratique de la délivrance artificielle par la sage-femme. [Mémoire de sage-femme, Ecole de sages-femmes]. Metz ; 2009.

[16] Bridel S. La délivrance artificielle et la révision utérine au cœur des compétences des sages-femmes. [Mémoire de sage-femme, Ecole de sages-femmes]. Nancy ; 2011.

[17] Legifrance. (page consultée le 25 février 2015). Code de la santé publique - Article L4151-1, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

[18] Bignon C. Les sages-femmes et la pratique de la DA/RU. Etude prospective descriptive réalisée par auto-questionnaire auprès des sages-femmes exerçant dans les seize maternités publiques du Réseau Sécurité - Naissance des Pays de la Loire d'octobre 2013 à janvier 2014. [Mémoire de sage-femme, Ecole de sages-femmes]. Angers ; 2014.

[19] Haute autorité de santé. (page consultée le 20 février 2015). Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

[20] Jastrow N, Picchiottino P, Savoldelli G, Irion O. Simulation en obstétrique. Rev Med Suisse. 2013 ; 9 : 1938-1942.

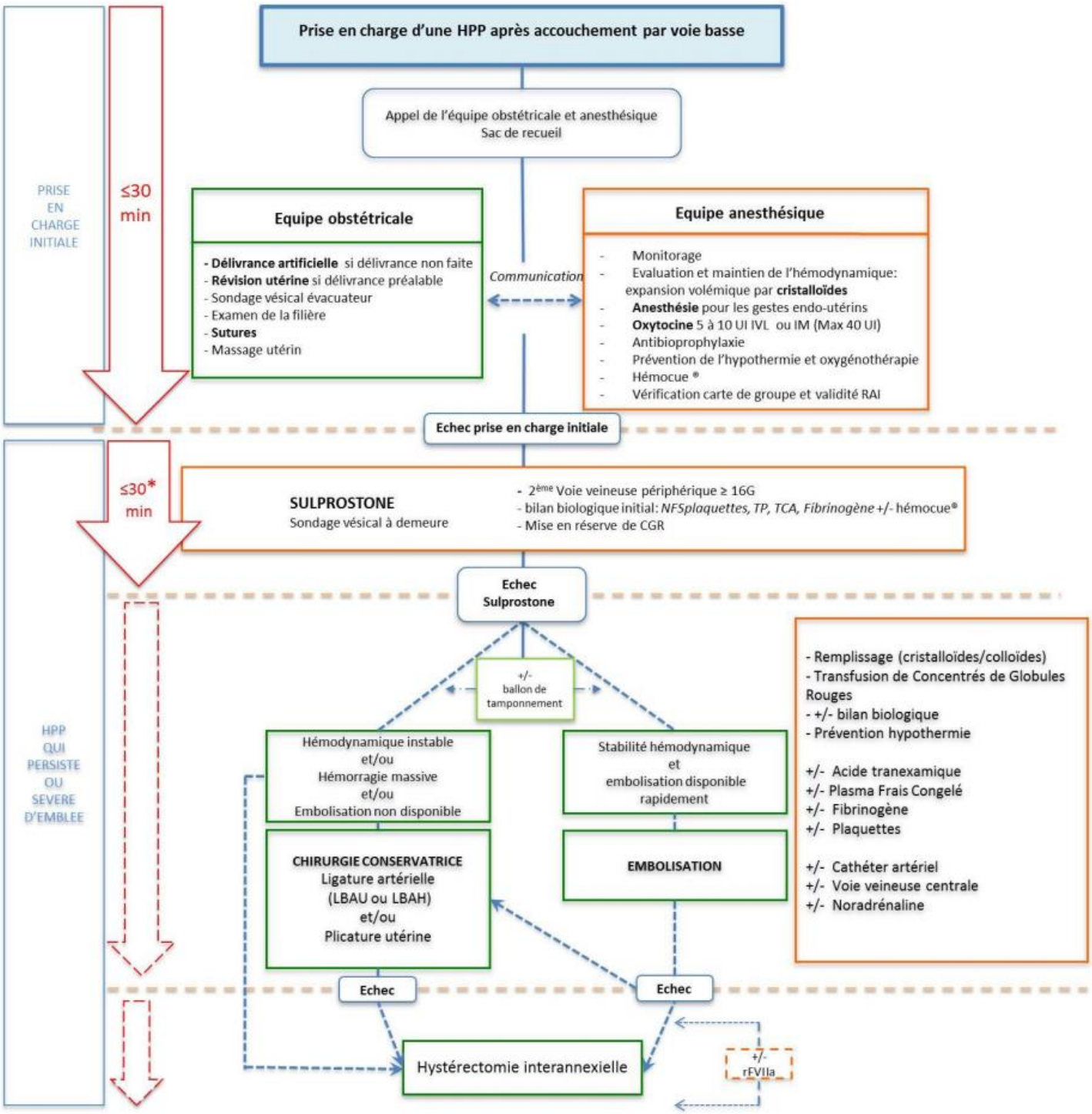
[21] Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. Obstet Gynecol. 2008 ; 112(1) : 14-20.

[22] Bogne V, Kirkpatrick C, Englert Y. L'intérêt de la simulation dans l'apprentissage de la prise en charge des urgences obstétricales. Revue de la littérature. Rev Med Brux. 2014 ; 35 : 491-498.

[23] Legifrance. (page consultée le 14 mars 2015). Code de la santé publique - Article R4127-304 modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 - art. 1, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

ANNEXES

<u>Annexe I</u> : Algorithme de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après accouchement par voie basse (CNGOF RPC 2014)



*A titre indicatif et sera adapté en fonction de l'importance des saignements

IVL : Intra veineux lent ; IM : Intramusculaire ; UI : Unité internationale ; RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières ; LBAU : Ligature bilatérale des artères utérines ; LBAH : Ligature bilatérale des artères hypogastriques ; rFVIIa : Facteur VII activé recombinant

Annexe II : Questionnaire destiné aux sages-femmes

Questionnaire destiné aux **sages-femmes de salle de naissances.**

La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes en Basse-Normandie

Bonjour, je m'appelle Luc Séron, je suis étudiant en dernière année d'école de Sages-Femmes à Caen.
J'effectue actuellement une étude sur la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes dans les hôpitaux publics de Basse-Normandie.

Je souhaite, à travers cette étude, savoir dans quelles proportions et dans quelles circonstances les sages-femmes réalisent ces actes.

Je sollicite les sages-femmes qui sont actuellement ou qui vont souvent en salle de naissance, qu'ils ou elles soient récemment diplômé(e)s ou non.

Je vous remercie par avance pour votre aide, votre temps et la sincérité de vos réponses.

I Renseignements

1) Vous êtes : ❒ Une femme ❒ Un homme
2) Quel est votre âge ? ❒ 20 à 29 ans ❒ 30 à 39 ans ❒ 40 à 49 ans ❒ 50 à 59 ans ❒ + de 60 ans

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ? .....
4) A quelle école avez-vous étudié ? .....
5) À quel niveau appartient la maternité dans laquelle vous exercez?
❒ I ❒ IIa ❒ IIb ❒ III
6) A combien estimez-vous votre temps de présence en SDN sur une année ?
❒ 0 % ❒ 25 % ❒ 33 % ❒ 50 % ❒ 67 % ❒ 75 % ❒ 100 %

II Formation

Les études

7) Au cours de vos études avez-vous bénéficié d'enseignements concernant la DA ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ Théorique ❒ Travaux pratiques ❒ Ne sait plus ❒ Aucun

☞ Ce ou ces enseignement(s) vous a / ont-ils semblé :

❒ Très satisfaisant ❒ Peu satisfaisant

❒ Satisfaisant ❒ Très peu satisfaisant

8) Au cours de vos études avez-vous bénéficié d'enseignements concernant la RU ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ Théorique ❒ Travaux pratiques ❒ Ne sait plus ❒ Aucun

☞ Ce ou ces enseignement(s) vous a / ont-ils semblé :

❒ Très satisfaisant ❒ Peu satisfaisant

❒ Satisfaisant ❒ Très peu satisfaisant

9) Lors de vos stages d'étude, avez-vous réalisé au moins une DA ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si oui, en quelle année d'étude ? ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ 4 ❒ Ne sait plus

☞ Si oui, combien de DA avez-vous réalisé avant votre diplôme d'État : .....

10) Lors de vos stages d'étude, avez-vous réalisé au moins une RU ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si oui, en quelle année d'étude ? ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ 4 ❒ Ne sait plus

☞ Si oui, combien de RU avez-vous réalisé avant votre diplôme d'État : .....

Parcours professionnel

11) Pour vous, une formation concernant la délivrance artificielle et la révision utérine au cours de votre parcours professionnel serait :

❒ Très utile ❒ Très peu utile

❒ Utile ❒ Inutile

❒ Peu utile

12) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation concernant la délivrance artificielle et révision utérine au cours de votre parcours professionnel ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si Non, êtes-vous en demande d'une formation à ce sujet ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si Oui, comment s'est déroulée la formation ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ Cours théoriques

❒ Travaux pratiques (simulation sur mannequin, …)
❒ Au cours d'un accouchement
❒ Autre (précisez) : .....

III Délivrance Artificielle

13) Depuis votre diplôme d'État, avez-vous pratiqué au moins une DA ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si non, pourquoi ?
.....
.....
.....
.....
.....

☞ Si oui, après combien d'années d'exercice ?
❒ Moins de 2 ans ❒ Entre 3 et 6 ans ❒ Entre 7 et 10 ans ❒ Entre 11 et 20 ans
❒ Entre 21 et 30 ans ❒ Entre 31 et 40 ans ❒ Plus de 40 ans

☞ Dans une maternité de niveau : ❒ I ❒ IIa ❒ IIb ❒ III

☞ Vous étiez : ❒ Seul(e)
❒ Accompagné(e) par un Gynécologue-Obstétricien
❒ Accompagné(e) par un(e) collègue Sage-Femme
❒ Accompagné(e) par un interne
❒ Autre (précisez) : …….

14) Combien de DA pensez-vous avoir pratiqué depuis que vous exercez ?
❒ 0 ❒ 1 à 5 ❒ 6 à 10 ❒ 11 à 15 ❒ 16 à 20 ❒ + de 20

15) Dans quelles circonstances pratiquez-vous la DA ?

	Toujours 100 %	Très souvent > 75 %	Souvent > 50 %	Parfois < 50%	Peu < 25 %	Jamais 0 %
Non décollement **sans** hémorragie associée	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Non décollement **avec** hémorragie associée = **contexte d'urgence**	❒	❒	❒	❒	❒	❒

	Toujours 100 %	Très souvent > 75 %	Souvent > 50 %	Parfois < 50%	Peu < 25 %	Jamais 0 %
Souhait personnel	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Gynécologue-Obstétricien occupé ou non présent	❒	❒	❒	❒	❒	❒

16) Sur votre lieu d'exercice actuel, qui pratique la DA ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Vous	❒	❒	❒	❒	❒
Vos collègues sages - femmes	❒	❒	❒	❒	❒
L'interne	❒	❒	❒	❒	❒
Le gynécologue obstétricien	❒	❒	❒	❒	❒
L'étudiant sage-femme	❒	❒	❒	❒	❒

☞ Si vous ne pratiquez la délivrance artificielle que rarement ou jamais, pouvez-vous m'en indiquer les raisons ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☞ Aimeriez-vous pratiquer la délivrance artificielle plus souvent ? ❒ OUI ❒ NON
Pourquoi ? :
.....
.....
.....
.....
.....

17) Selon vous, qui doit pratiquer la délivrance artificielle ? (Plusieurs réponses possibles)
❒ La Sage-femme ❒ Le gynécologue-obstétricien ❒ L'interne ❒ L'étudiant sage-femme
❒ Autre : .....

Justifiez : .....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

IV Révision Utérine

18) Depuis votre diplôme d'État, avez-vous pratiqué au moins une RU ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

☞ Si Oui, après combien d'années d'exercice ?

❒ Moins de 2 ans ❒ Entre 3 et 6 ans ❒ Entre 7 et 10 ans ❒ Entre 11 et 20 ans
❒ Entre 21 et 30 ans ❒ Entre 31 et 40 ans ❒ Plus de 40 ans

☞ Dans une maternité de niveau : ❒ I ❒ IIa ❒ IIb ❒ III

☞ Vous étiez : ❒ Seul(e)
❒ Accompagné(e) par un Gynécologue-Obstétricien
❒ Accompagné(e) par un(e) collègue Sage-Femme
❒ Accompagné(e) par un interne
❒ Autre (précisez) : …….

19) Combien de RU pensez-vous avoir pratiqué depuis que vous exercez ?

❒ 0 ❒ 1 à 5 ❒ 6 à 10 ❒ 11 à 15 ❒ 16 à 20 ❒ + de 20

20) Dans quelles circonstances pratiquez-vous la RU ?

	Toujours 100 %	Très souvent > 75 %	Souvent > 50 %	Parfois < 50%	Peu < 25 %	Jamais 0 %
Délivrance incomplète **sans** hémorragie associée	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Délivrance incomplète **avec** hémorragie associée = **contexte d'urgence**	❒	❒	❒	❒	❒	❒

	Toujours 100 %	Très souvent > 75 %	Souvent > 50 %	Parfois < 50%	Peu < 25 %	Jamais 0 %
Souhait personnel	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Gynécologue-Obstétricien occupé ou non présent	❒	❒	❒	❒	❒	❒

21) Sur votre lieu d'exercice actuel, qui pratique la RU ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Vous	❒	❒	❒	❒	❒
Vos collègues sages - femmes	❒	❒	❒	❒	❒
L'interne	❒	❒	❒	❒	❒
Le gynécologue obstétricien	❒	❒	❒	❒	❒
L'étudiant sage-femme	❒	❒	❒	❒	❒

☞ Si vous ne pratiquez la révision utérine que rarement ou jamais, pouvez-vous m'en indiquer les raisons ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☞ Aimeriez-vous pratiquer la révision utérine plus souvent ? ❒ OUI ❒ NON
Pourquoi ? :
.....
.....
.....
.....
.....

22) Selon vous, qui doit pratiquer la révision utérine ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ La Sage-femme ❒ Le gynécologue-obstétricien ❒ L'interne ❒ L'étudiant sage-femme
❒ Autre : .....

Justifiez : .....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

☞ Selon vous, si la SF pratiquait plus régulièrement ces actes (DA+RU), cela pourrait éviter des retards de prise en charge ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

V La Loi

23) Selon vous, la délivrance artificielle et la révision utérine : (choix multiple possible)

❒ Sont autorisées à la Sage-femme, uniquement en cas d'urgence

❒ Sont autorisées à la Sage-femme dans tous les cas (sauf utérus cicatriciel)

❒ Sont interdites à la Sage-femme

❒ Ont toujours été inscrites au code de déontologie des sages-femmes

❒ Ont été inscrites au code de déontologie des sages-femmes avant 2006

❒ Sont inscrites au code de déontologie des sages-femmes depuis 2006

❒ N'ont jamais été inscrites au code de déontologie des sages-femmes

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

<u>Annexe III</u> : Questionnaire destiné aux médecins

Questionnaire destiné aux **<u>Médecins Gynécologues-Obstétriciens</u>** et **<u>Anesthésistes-Réanimateurs</u>**

<u>La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes en Basse-Normandie</u>

Bonjour, je m'appelle Luc Séron, je suis étudiant en dernière année d'école de Sages-Femmes à Caen.
J'effectue actuellement une étude sur la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes dans les hôpitaux publics de Basse-Normandie.

Je sollicite les médecins gynécologues-obstétriciens et les médecins anesthésistes-réanimateurs qui ont souvent des gardes en salle de naissance.

Je vous remercie par avance pour votre aide, votre temps et la sincérité de vos réponses

---

1) Vous êtes : ❒ Gynécologue – Obstétricien ❒ Anesthésiste – Réanimateur
2) Vous êtes : ❒ Une femme ❒ Un homme
3) Quel est votre âge ? ❒ 20 à 29 ans ❒ 30 à 39 ans ❒ 40 à 49 ans ❒ 50 à 59 ans ❒ + de 60 ans

4) Vous exercez dans une maternité de niveau : ❒ I ❒ IIa ❒ IIb ❒ III

5) Sur votre lieu d'exercice actuel, qui pratique la **DA** ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Le gynécologue obstétricien	❒	❒	❒	❒	❒
L'interne	❒	❒	❒	❒	❒
Les sages - femmes	❒	❒	❒	❒	❒
L'étudiant sage-femme	❒	❒	❒	❒	❒

6) Sur votre lieu d'exercice actuel, qui pratique la **RU** ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Le gynécologue obstétricien	❒	❒	❒	❒	❒
L'interne	❒	❒	❒	❒	❒
Les sages - femmes	❒	❒	❒	❒	❒
L'étudiant sage-femme	❒	❒	❒	❒	❒

7) Selon vous, si la SF pratiquait plus régulièrement ces actes (DA+RU), cela pourrait éviter des retards de prise en charge ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8) Selon vous, la délivrance artificielle et la révision utérine : (choix multiple possible)

❒ Sont autorisées à la Sage-femme, uniquement en cas d'urgence

❒ Sont autorisées à la Sage-femme dans tous les cas (sauf utérus cicatriciel)

❒ Sont interdites à la Sage-femme

❒ Ont toujours été inscrites au code de déontologie des sages-femmes

❒ Ont été inscrites au code de déontologie des sages-femmes avant 2006

❒ Sont inscrites au code de déontologie des sages-femmes depuis 2006

❒ N'ont jamais été inscrites au code de déontologie des sages-femmes

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.

Annexe IV : Questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes

Questionnaire destiné aux **étudiants sages-femmes de dernière année.**

La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes en Basse-Normandie

Bonjour, je m'appelle Luc Séron, je suis étudiant en dernière année d'école de Sages-Femmes à Caen.
J'effectue actuellement une étude sur la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes dans les hôpitaux publics de Basse-Normandie ainsi qu'aux médecins (GO et ARE) et aux étudiants sages-femmes de dernière année.

Les études

1) Au cours de vos études avez-vous bénéficié d'enseignements concernant la DA ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ Théorique ❒ Travaux pratiques ❒ Ne sait plus ❒ Aucun

☞ Ce ou ces enseignement(s) vous a / ont-ils semblé :

❒ Très satisfaisant ❒ Peu satisfaisant
❒ Satisfaisant ❒ Très peu satisfaisant

2) Au cours de vos études avez-vous bénéficié d'enseignements concernant la RU ? (Plusieurs réponses possibles)

❒ Théorique ❒ Travaux pratiques ❒ Ne sait plus ❒ Aucun

☞ Ce ou ces enseignement(s) vous a / ont-ils semblé :

❒ Très satisfaisant ❒ Peu satisfaisant
❒ Satisfaisant ❒ Très peu satisfaisant

3) Lors de vos stages d'étude, avez-vous réalisé au moins une DA ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si oui, combien de DA avez-vous réalisé ? : .....

4) Lors de vos stages d'étude, avez-vous réalisé au moins une RU ? ❒ OUI ❒ NON

☞ Si oui, combien de RU avez-vous réalisé ? : .....

La future vie professionnelle

5) Vous sentez-vous prêt à réaliser **seul** : (sans Gynécologue-obstétricien à coté de vous)

Une DA : ❒ Oui ❒ Non

Une RU : ❒ Oui ❒ Non

<u>Annexe V</u> : Organisation des douze maternités publiques Bas-Normandes

Centre	Niveau	Nombre d'accouchement en 2014	L'obstétricien est :	Nombre d'obstétriciens	Nombre de sages-femmes
CHU de Caen	III	3086	Toujours sur place	9	78
CH Cherbourg	III	1926	Toujours sur place	9	32
CH Lisieux	IIB	1262	Toujours sur place	4	19
CH Avranches	IIB	1212	Toujours sur place	6	26
CH Saint-Lô	IIA	1197	Toujours sur place	6	19
CH Alençon	IIA	1069	Toujours sur place	4	24
CH Flers	IIA	978	Toujours sur place	5	18
CH Bayeux	I	607	Sur place le jour	4	15
CH Argentan	I	586	Sur place le jour	4	8
CH L'Aigle	I	442	Toujours sur place	4	16
CH Cricqueboeuf	I	400	Sur place le jour	3	12
CH Falaise	I	391	Sur place le jour	3	9

<u>Annexe VI</u> : Référentiel de compétence des sages-femmes

Situation 4

DIAGNOSTIQUER ET SUIVRE LE TRAVAIL, REALISER L'ACCOUCHEMENT ET SURVEILLER SES SUITES (POUR UNE GROSSESSE A TERME A PRIORI NORMALE)

[...]

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge	**• en prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de postpartum immédiat** - en diagnostiquant le décollement placentaire - en favorisant son expulsion - en vérifiant l'intégrité du placenta et des membranes - en vérifiant la bonne rétraction utérine - en cas d'anomalie, en réalisant une délivrance artificielle ou une révision utérine, en assurant une analgésie suffisante - en assurant une surveillance clinique et hémodynamique **• en réalisant le diagnostic des lésions périnéales sans atteinte des sphincters, et des plaies vaginales avec suture sous anesthésie locale • en rédigeant le dossier médical** - en annotant le monitoring et en réalisant le partogramme en temps réel - en rédigeant le certificat d'accouchement - en cotant les actes de sage-femme - en s'assurant que la déclaration de naissance de l'enfant à l'état civil a été réalisée dans les délais légaux - en réalisant la synthèse pour assurer la transmission écrite efficace, afin de faciliter le suivi en suites de couches, y compris en prescrivant les examens et thérapeutiques nécessaires

<u>Annexe VII</u> : Brochure du CHU de Caen sur la Formation Obstétrique par simulation haute-fidélité

Renseignements administratifs

Emilie SAVARY
medecine.formation-continue@unicaen.fr
02 31 06 81 18

Directeur du laboratoire
Pr. GERARD Jean-Louis

Coordonnateur du laboratoire
Dr. BULEON Clément

Formateurs
Dr. ARZALIER-DARET, anesthésiste-réanimateur
Dr. BULEON Clément, anesthésiste-réanimateur
Dr. DOLLEY Patricia, gynécologue-obstétricien
Mme HUE-CHAUVEL Brunehilde, sage-femme

lab
s u n
Laboratoire de Simulation Universitaire Normandie Caen

Faculté de Médecine

Université de Caen Basse-Normandie
Tél : (00 33) 02 31 06 82 00
Fax : (00 33) 02 31 06 82 05
medecine.secretariat@unicaen.fr

Avenue de la Côte de Nacre
14 032 CAEN Cedex

Retrouvez toutes les informations sur :
www.unicaen.fr/medecine

Formation Obstétrique
par la simulation haute-fidélité

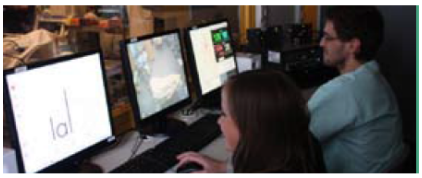
Objectifs de la formation

Une façon innovante d'acquérir ou de renforcer ses connaissances sur la gestion de situations de crises fréquentes ou rares.

Une approche pragmatique, dynamique et réaliste du travail **en équipe** au moyen d'une méthode pédagogique novatrice interactive.

Matériels utilisés

Simulateurs haute-fidélité (SimMan® et SimBaby®), et de nombreux simulateurs basse-fidélité. Le tout installé au sein d'un laboratoire dédié, équipé de matériels médicaux et d'un système audio-vidéo de transmission et d'enregistrement.



Public concerné

Cette formation s'adresse à tous les personnels médicaux et paramédicaux intervenant en salle de naissance qui désirent améliorer leur fonctionnement en équipe :

- gynécologue-obtétricien
- anesthésiste-réanimateur
- urgentiste
- sage-femme
- infirmier-anesthésiste

Programme de la formation

La formation se déroule sur 2 jours (15h de formation), comprenant des rappels théoriques, de simulation basse et haute fidélité (6 scénarii minimum). Elle a lieu au centre de simulation du Centre Hospitalier Universitaire de Caen Côte de Nacre. Les dates sont consultables à l'adresse suivante : *http://www.unicaen.fr/medecine, rubrique offre de formation, formation continue, formation par la simulation*

Module : Situations d'urgences obstétricales en salle de naissance. Guide de prérequis fourni au préalable.

Jour 1 :
– Rappels théoriques.

– Ateliers pratiques par simulation sur mannequin basse-fidélité (intubation, manoeuvre obstétricales).

Jour 2 :
– Formation pratique pluridisciplinaire par simulation sur mannequin haute-fidélité avec 6 scenarii de situation d'urgence obstétricale (briefing – simulation – débriefing)

– Synthèse de la formation et remise des certificats.

Modalités d'inscription

Renseignements et inscription auprès de la scolarité de la Faculté de Médecine de Caen :

Faculté de Médecine de Caen
Service Scolarité
Avenue de la Côte de Nacre
14032 Caen Cedex

Madame SAVARY Emilie
medecine.formation-continue@unicaen.fr
ou au 02 31 06 81 18

Effectif réduit

8 participants maximum (4 minimum).

Coût

650,00€ par participant pour les deux journées (restauration du midi incluse).

Lieu

Niveau 6, unité 40, Tour du CHU de Caen, Avenue de la côte de Nacre, 14033 Caen.

Dates

- 11 et 12 mars 2013;
- 03 et 04 juin 2013;
- 19 et 20 septembre 2013;
- 18 et 19 novembre 2013.

Annexe VIII : Compte d'actes

1. Objet

Ce document doit être mis à jour par l'étudiant (e) sage-femme après chaque garde en salle de naissance, il lui permet de définir ses objectifs personnels de stage. Il est à remettre à la sage-femme en début de garde, afin qu'elle apprécie l'expérience et les lacunes de l'étudiant, et qu'elle puisse orienter la formation de l'étudiant. L'étudiant doit aussi préciser ses objectifs de stage à la sage-femme.

2. Domaine d'application : Le pôle femme-enfant du CHU de Caen

3. Personnel concerné : Les étudiants sages-femmes de Sma 4 et 5

Nom de l'étudiant	
Année d'étude	SMa4 SMa5

Compte d'Actes	
Décollement des membranes	
Tenue du Partogramme	
Suivi grossesse gémellaire	
Accouchement grossesse gémellaire	
Accouchement présentation du siège	Vermelin : Mauriceau : Lovset : Bracht :
Pose d'une Tocométrie Interne	
Suivi / Expulsion Mort Fœtale In Utéro / IMG	
Dystocie des épaules	Mac Roberts : Jacquemier : Autres :
Épisiotomie	Incision : Réfection :
Réfection d'une déchirure	
Délivrance artificielle	
Révision utérine	
Réanimation du nouveau-né	
Examen du nouveau-né	

NB : Mettez un bâton pour chaque acte réalisé (ex : I et 卌)

Résumé

Ce mémoire avait pour but de dresser un état des lieux dans les douze maternités publiques de Basse-Normandie, sur la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes, huit ans après l'ajout de ces compétences au code de déontologie.

L'étude a été prospective, multicentrique, et a exploité 121 questionnaires sages-femmes, 15 médecins et 22 sur les étudiants sages-femmes.

Les résultats ont montré que les sages-femmes et les étudiants ne réalisaient pas suffisamment ces gestes, malgré la mise en évidence par la grande majorité des sages-femmes d'une réelle motivation à en pratiquer davantage. Les professionnels de santé que sont les sages-femmes et les obstétriciens estiment que si les sages-femmes pratiquaient plus régulièrement la DA et la RU, il y aurait moins de retard dans la prise en charge d'une hémorragie du post-partum.

Il est nécessaire que les sages-femmes et étudiants puissent se former et être à l'aise avec ces gestes d'urgence. La simulation haute-fidélité est une formation complémentaire, mais il est primordial que les sages-femmes et les étudiants réalisent ces actes dans des situations réelles pour avoir la maitrise de ces gestes.

MOTS-CLÉS : Sages-femmes, délivrance artificielle, révision utérine, Basse-Normandie.

TITRE : La pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine par les sages-femmes. Étude réalisée auprès des douze maternités publiques de Basse-Normandie.

Abstract

The aim of this research was to give an inventory within twelve public maternity of Lower Normandy on the practice of the manual removal of the placenta and the manual exploration of the uterus done by the midwives, eight years after adding those skills at code of ethics.

The study was prospective, multicenter, and the study collected 121 midwives questionnaires, 15 from doctors and 22 from midwives students.

The results showed that the midwives and students do not realize enough these gestures, despite demonstrated by the vast majority of midwives a real motivation to practice more. Health professionals as midwives and obstetricians believe that if midwives practicing more regularly the practice of the manual removal of the placenta and the manual exploration of the uterus, There would be less delay in the treatment of postpartum hemorrhage.

It is necessary that the midwives and students can train and be comfortable with these emergency actions. High-fidelity simulation training seems to be interesting but it is important that midwives and students realize such acts in real life situations to be able to control these gestures.

KEYWORDS : Midwives, manual removal of the placenta, manual exploration of the uterus, Lower Normandy.

TITLE : The practice of the manual removal of the placenta and the manual exploration of the uterus. Study in twelve public maternity hospitals in Lower Normandy.

Auteur/Author : SÉRON Luc
DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2010-2015