

Université d'Angers

Unité de formation et de recherche de médecine

Ecole de Sages-femmes d'Angers René ROUCHY

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 présenté et soutenu par :

Claire BIGNON

Sous la direction de Mme LUCAS Yolande

Promotion 2010-2014

Université d'Angers

Unité de formation et de recherche de médecine

Ecole de Sages-femmes d'Angers René ROUCHY

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 présenté et soutenu par :

Claire BIGNON

Sous la direction de Mme LUCAS Yolande

Promotion 2010-2014



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mlle Claire BIGNON, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Lucas, directrice de ce mémoire pour son investissement, sa disponibilité et sa bonne humeur.

Mme Rouillard, directrice de l'école, pour ses relectures et précieux conseils.

Mes camarades de promotion pour ces quatre délicieuses années en leur compagnie.

Ma famille mais surtout mes parents, Antoine et Laure pour leur soutien à toute épreuve.

Et enfin, Clément, pour sa présence à mes côtés depuis toutes ces années et pour n'avoir jamais douté de moi....

Table des matières

I.	Introduction à l'étude	9
A.	La délivrance artificielle	9
B.	L'évolution législative	11
1.	Le Code de Déontologie et de Santé Publique.....	11
2.	Le Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes	11
3.	La formation initiale des étudiants sages-femmes	12
C.	Contexte épidémiologique	13
1.	Au niveau national	13
2.	Au niveau régional	14
3.	Au niveau local	14
D.	Objectif de l'étude	15
II.	Matériel et méthodes	16
A.	Matériel.....	16
B.	Méthode	17
C.	Méthode d'analyse.....	18
III.	Résultats	19
A.	Description de la population.....	19
B.	Résultats de l'étude.....	20
IV.	Discussion	26

A.	Force, limites et biais de l'étude	26
B.	Comparaison avec d'autres études	26
C.	La situation actuelle dans la région des Pays de la Loire	27
D.	Une solution possible : la formation.....	29
V.	Conclusion.....	34
VI.	Bibliographie	36
VII.	Annexes	38
1.	Annexe 1 : le Code de Santé Publique et de déontologie	38
2.	Annexe 2 : Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique	42
3.	Annexe 3 : Questionnaire diffusé aux sages-femmes	44
4.	Annexe 4 : Exemple de programme de simulation en gynécologie-obstétrique pour la formation continue - Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé – HAS décembre 2012	49

Glossaire

HDD	Hémorragie de la Délivrance
DA	Délivrance Artificielle
RU	Révision Utérine
CNGOF	Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France
ATBP	Antibioprophylaxie
CSP	Code de Santé Publique
IV	Intraveineux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
TP	Travaux Pratiques
GO	Gynécologue-Obstétricien
δδ	Grossesse Gémellaire
DE	Diplôme d'Etat
DPC	Développement Professionnel Continu
HAS	Haute Autorité de Santé

I. Introduction à l'étude

La France est actuellement au 18^{ème} rang des pays européens en terme de mortalité maternelle. (1)

Le taux de mortalité maternelle s'élevait en France en 2007-2009 à 9.6 pour 100 000 naissances vivantes avec comme première origine l'hémorragie de la délivrance (HDD) dans 18% des situations. Cette mortalité est évitable dans 84% des cas et est due à un retard de prise en charge dans la majorité des cas. (2)

La délivrance artificielle (DA) et la révision utérine (RU) correspondent au premier temps opératoire du traitement de l'HDD. La sage-femme se retrouve en première ligne pour en faire le diagnostic et ainsi débiter la prise en charge nécessaire. La bonne pratique de ces gestes relève donc d'un élément essentiel de Santé Publique.

A. La délivrance artificielle

La délivrance correspond à l'expulsion du placenta et des membranes en dehors des voies génitales féminines après l'expulsion du fœtus. Il existe deux indications à la réalisation d'une DA/RU : la rétention placentaire et l'hémorragie de la délivrance. (3)

Matériel

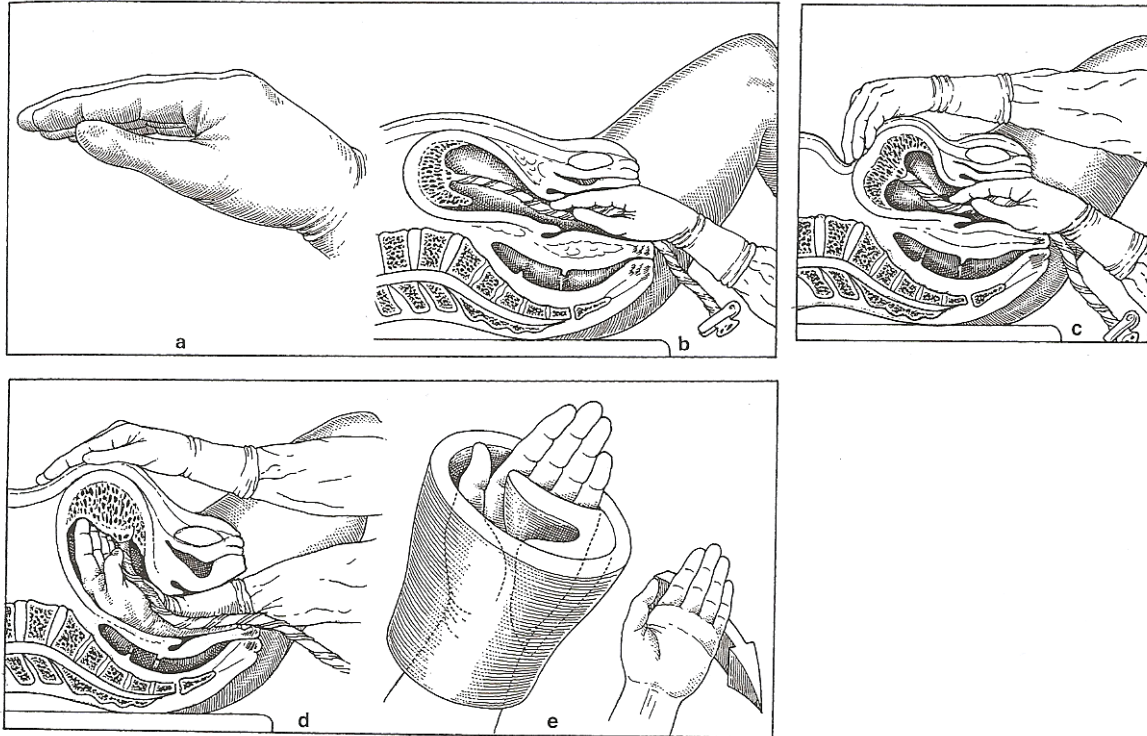
- Des champs propres
- Un liquide pour nettoyer la vulve :
Bétadine
- Une paire de gants stériles

Anesthésie

- Générale
- Péridurale si déjà faite
- Sans, si urgence extrême

Indications

- Rétention placentaire totale ou partielle
- Hémorragie de la délivrance



Délivrance artificielle et révision utérine, d'après Lansac J, Marret H, Oury JF. Pratique de l'accouchement, 4ème. Paris : Masson ; 2006

Une injection de 5 ou 10 UI d'ocytocine (Syntocinon®) en IV lente doit être réalisée juste après la délivrance alors que la main est encore in utero et réalise un massage utérin. (4)

D'après les dernières recommandations pour la pratique clinique sur les infections génitales hautes du CNGOF publiées en 2012, la DA/RU constitue un facteur de risque pour les infections pelviennes. Cependant, il n'existe aucun argument pour recommander une antibioprophylaxie (ATBP) lors de ces gestes. (5) De plus, une revue de la Cochrane data base de 2006, mise à jour en 2011, confirme qu'il n'existe aucune preuve de l'intérêt d'une ATBP dans la DA ou la RU ; car il n'existe aucune étude randomisée évaluant l'intérêt de cette ATBP en cas de DA ou de RU. (6) C'est pour cela que ces gestes doivent être effectués dans des conditions d'asepsie chirurgicale (grade A).

B. L'évolution législative

Cette problématique de la mortalité maternelle a nécessité des mesures politiques de Santé Publique visant à améliorer la santé des femmes. Parmi ces mesures aspirant à réduire ce taux, des révisions des compétences des sages-femmes ont été réalisées successivement en 2006, 2009 et 2012 au travers du Code de Déontologie et la création du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes en janvier 2007.

1. Le Code de Déontologie et de Santé Publique

L'article 18 du Code de Déontologie issu du décret 91-779 du 8 août 1991 (article R4127-318 du Code de Santé Publique) décrit une liste non exhaustive d'actes techniques et cliniques appartenant aux compétences des sages-femmes. Elles pouvaient alors réaliser les DA/RU dans les situations d'urgence comme le mentionnent les articles R4127-313 et R4127-325.

Le Code de Déontologie a été révisé en 2006, 2009 puis en 2012. L'article R4127-318 a été modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 et autorise désormais la sage-femme à réaliser les DA/RU dans toutes les situations cliniques rencontrées : « *La délivrance artificielle et la révision utérine ; la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme* ». [Annexe 1]

2. Le Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes

La profession de Sage-femme est une des rares professions à bénéficier d'un Référentiel Métier et Compétences. Il a été réalisé en octobre 2007 puis réactualisé en janvier 2010.

Ce document décrit sous forme de situations types le champ de compétences des sages-femmes. Il sert de référence aux étudiants et aux professionnels. (7)

Les compétences des sages-femmes concernant les DA/RU sont mentionnées dans les situations 4 et 5.

- Situation 4 : Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à 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 cas d'anomalie, en réalisant une délivrance artificielle ou une révision utérine, en assurant une analgésie suffisante. »

- Situation 5 : Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post-partum immédiat)

« Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge :

(...) En mettant en place la prise en charge en cas de confirmation de l'hémorragie ».

Le référentiel métier liste également les savoirs techniques et la maîtrise des gestes professionnels durant le per-partum. La sage-femme doit ainsi « *être capable de pratiquer la délivrance artificielle et la révision utérine* ». De plus, concernant le savoir-faire de raisonnement clinique et de décision, la sage-femme doit savoir « *identifier les situations, les moments et les circonstances qui requièrent une décision d'intervention immédiate et/ou planifiée* » ainsi que « *reconnaître un déroulement physiologique de l'événement et les signes de pathologie* ».

3. *La formation initiale des étudiants sages-femmes*

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme, il faut valider des actes listés dans les « Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique » publiés dans l'Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme.

La DA/RU est un des objectifs de la formation clinique à acquérir et les étudiants doivent « (...) 16. Pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum) (...) ». [Annexe 2]

Ainsi, les sages-femmes, premières professionnelles à pouvoir réaliser les gestes d'urgence en cas d'HDD, sont autorisées à les effectuer depuis 2006. Cependant, lors de mes 29 semaines de stage en salle de naissance, 18 dans des maternités de type III et 11 dans des type II, j'ai remarqué que peu de sages-femmes réalisaient elles-mêmes les DA/RU.

C. Contexte épidémiologique

1. *Au niveau national*

Une seule étude nationale concernant la pratique de la DA a été retrouvée dans la littérature. Cette étude intitulée « Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées » a été réalisée en 1996 auprès de 884 sages-femmes de 11 régions différentes. (8)

Dans cette étude, il a été demandé aux sages-femmes travaillant dans le secteur public et privé si elles pratiquaient souvent, parfois, rarement ou jamais la délivrance artificielle. Voici leurs réponses :

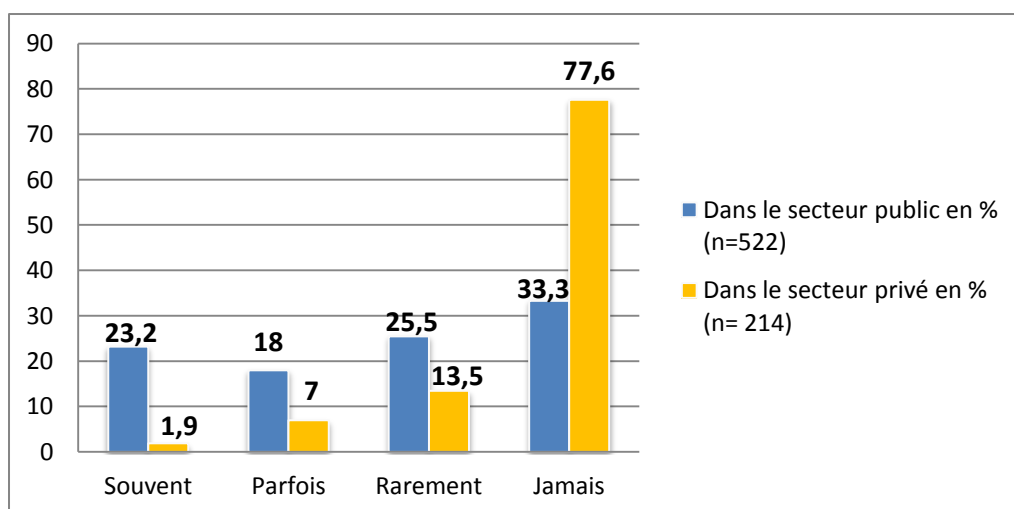


Figure 1 : Pratique de la DA/RU par les sages-femmes selon le secteur d'activité, en pourcentage

2. *Au niveau régional*

D'après les références épidémiologiques de Mr Branger, médecin coordinateur au sein du réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire (RSN), 1137 DA/RU ont été réalisées en 2012 sur les 44027 accouchements, soit une fréquence de 2.60%. Le taux de pratique oscillant de 2.20% à 3.10% selon le type de maternité (9). Cependant, ces données ne permettent pas une discrimination des professionnels réalisant le geste.

3. *Au niveau local*

Un audit a été réalisé au préalable de l'étude pour avoir une vision temporelle de la pratique de la DA/RU au CHU d'Angers sur l'année 2012.

Au CHU d'Angers, 140 DA/RU ont été réalisées sur les 4298 accouchements soit une fréquence de 3.25%.

Sur les 133 dossiers analysés (7 n'ayant pas été retrouvés), il apparaît que les DA/RU ont été réalisées par les sages-femmes dans 35% des cas.

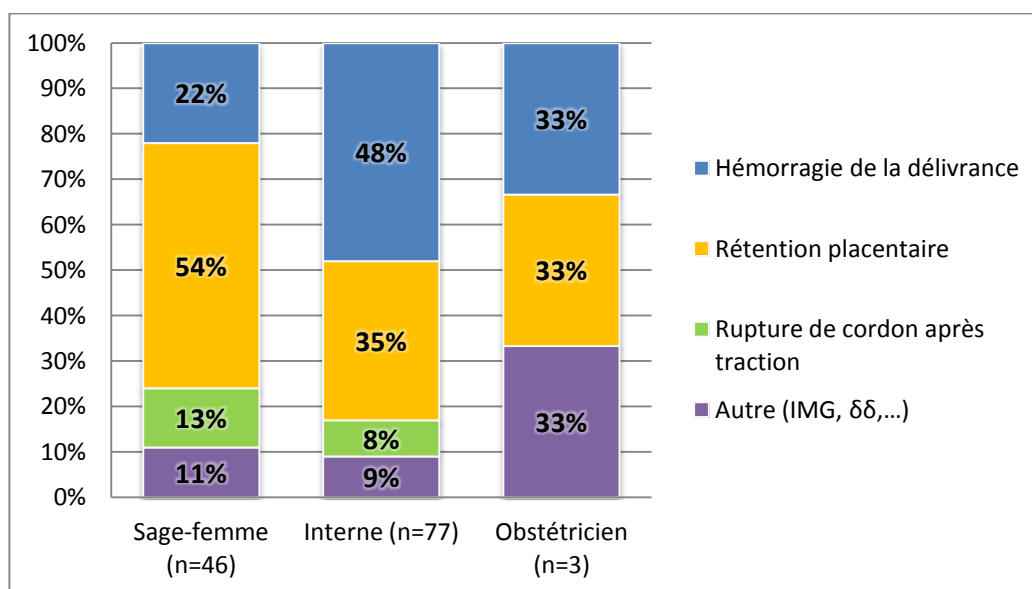


Figure 2 : Taux de pratique des DA/RU des professionnels de santé selon les situations cliniques en 2012 au CHU d'Angers

D. Objectif de l'étude

Ainsi, la mortalité maternelle par HDD, reste aujourd'hui en France, un réel problème de Santé Publique. Bien que la DA/RU, premier geste d'urgence, soit officiellement inscrite dans le champ de compétences des sages-femmes, il semblerait qu'elles soient peu nombreuses à les réaliser, notamment dans les situations d'HDD.

L'objectif principal de cette étude était de réaliser une étude prospective descriptive de la pratique de la DA/RU par les sages femmes au sein des maternités publiques du Réseau Sécurité-Naissance des Pays de la Loire ainsi que de comprendre les freins et/ou motivations à cette pratique.

Les différentes hypothèses émises pour comprendre les freins à la pratique de la DA/RU étaient :

- Les sages-femmes ne savent pas les faire, du fait d'une absence de formation initiale pratique et/ou du peu de pratique au cours de l'exercice professionnel.
- Elles ne veulent pas les pratiquer par peur personnelle, par rapport au risque médico-légal trop important ou par rapport à la hiérarchie.
- Elles ne peuvent pas les réaliser à cause des habitudes du service ou par la présence d'internes ou d'obstétriciens sur place.
- Elles ne connaissent pas leurs droits et leur champ de compétences.

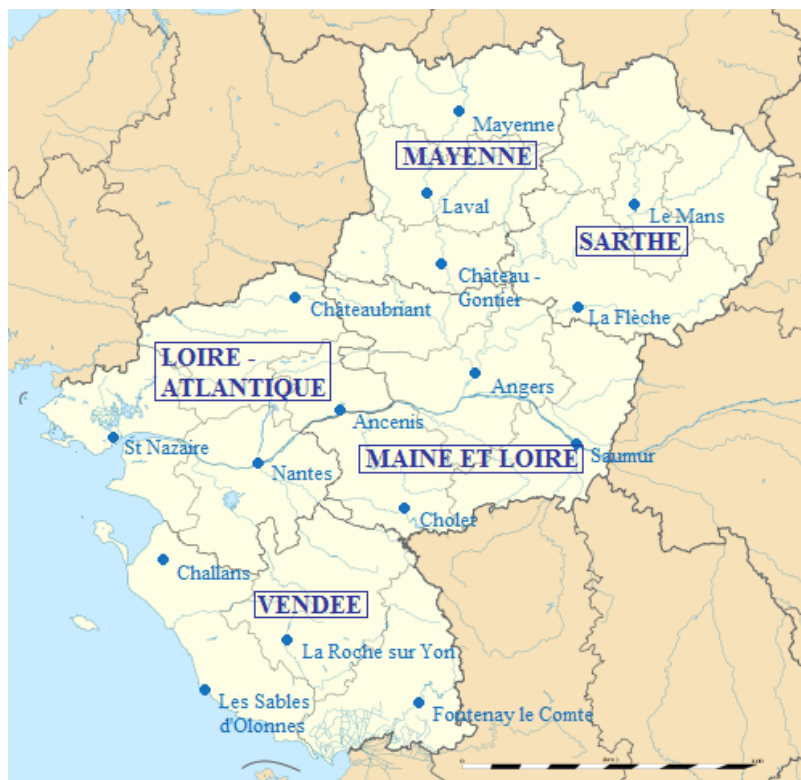
II. Matériel et méthodes

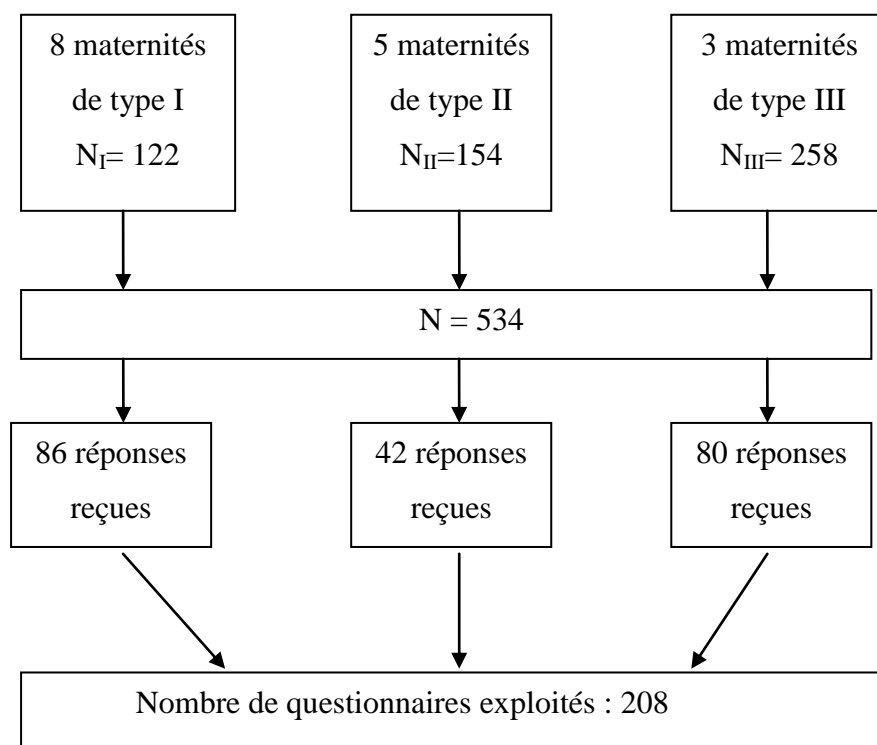
A. Matériel

L'étude prospective a été réalisée du 1^{er} octobre 2013 au 19 janvier 2014 auprès de l'ensemble des sages-femmes travaillant au sein des maternités des hôpitaux publics du Réseau Sécurité-Naissance des Pays de la Loire ; les pratiques de la profession étant différentes en structures privées. (8)

Le RSN comporte 16 maternités réparties sur 5 départements : 7 maternités de type I (Ancenis, Château-Gontier, Challans, Fontenay le Comte, La Flèche, les Sables d'Olonnes, Mayenne), 6 de type II (Châteaubriant, Cholet, La Roche sur Yon, Laval, Saumur, St Nazaire) et 3 de niveau III dont 2 CHU (Angers, Le Mans et Nantes).

La carte ci-dessous indique la répartition des maternités concernées par l'étude. (8)





Flow chart de l'étude

B. Méthode

L'étude a été réalisée auprès des sages-femmes à l'aide d'un questionnaire auquel elles ont répondu elle-même. Ce questionnaire était composé de trois parties : les facteurs législatifs, la formation initiale et l'exercice professionnel. [Annexe 3]

Un premier mail a été envoyé aux cadres de chaque maternité de la région le 25 septembre 2013, afin de demander leur accord pour diffuser le questionnaire à l'ensemble des sages-femmes de leur équipe. Une première relance par mail a été réalisée le 07 octobre 2013. Dans les situations où il n'y avait pas eu de réponse après l'envoi du deuxième email, une deuxième relance a été réalisée par téléphone le 21 octobre 2013. En cas d'impossibilité de contact avec les services, des relances téléphoniques ont été effectuées tous les sept à dix jours à partir du 21 octobre. Cependant, par l'impossibilité de joindre quelques cadres, certains questionnaires n'ont pu être diffusés qu'à partir du 27 novembre 2013.

Après approbation, les cadres ont transmis le questionnaire aux sages-femmes sous la forme d'un questionnaire *Google drive* soit via la plateforme numérique de la maternité, soit via l'adresse mail personnelle des sages-femmes.

Pour les cadres ne pouvant pas envoyer par mail le lien du questionnaire aux sages-femmes, et afin de s'adapter aux moyens de chaque maternité, il leur a été envoyé des questionnaires papier pour qu'elles puissent les transmettre.

La diffusion numérique intéressait les maternités de type I de Mayenne, de type II de St Nazaire, Cholet, Laval et de type III d'Angers, Le Mans et Nantes. Les maternités de type I d'Ancenis, Château-Gontier, Challans, Fontenay le Comte, La Flèche, Les Sables d'Olonne et de type II de Châteaubriant et La Roche sur Yon étaient concernées par les questionnaires papier.

Une relance mail a été réalisée le 12 décembre 2013 afin que les cadres renvoient une dernière fois le lien aux sages-femmes.

Pour celles concernées par la version papier, il leur avait été joint dans l'enveloppe contenant le nombre de questionnaires nécessaires, une enveloppe timbrée avec l'adresse à laquelle elles devaient renvoyer l'ensemble des questionnaires après remplissage.

C. Méthode d'analyse

Le masque de saisie ainsi que l'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Microsoft Office Excel 2007[®]. Les données en pourcentage ont été arrondies à l'unité.

III. Résultats

Sur les 16 maternités du RSN, 15 ont été incluses à l'étude car une maternité n'a pas répondu. Cependant, pour une maternité, l'enveloppe renvoyée par la cadre du service n'est pas parvenue à destination. Ainsi, les résultats analysés proviennent de 14 maternités du RSN des Pays de la Loire soit 7 maternités de type I, 4 de type II et 3 de type III.

En l'absence de critères d'exclusion, 208 questionnaires ont été analysés sur les 534 possibles initialement, soit un taux de réponse de 39%.

A. Description de la population

Le nombre moyen d'années d'exercice est de 10 ans avec un écart type de 7.8 et une médiane de 8. Les extrêmes en nombre d'années d'exercice sont 38 ans et moins de un an.

34% (70/208) des sages-femmes exercent depuis moins de 5 ans, 45% (93) ont entre 5 et 10 ans d'expérience et 22% (45) plus de 10 ans.

41% (86) travaillent actuellement dans une maternité de type I, 20% (42) dans un type II et 39% (80) dans un type III.

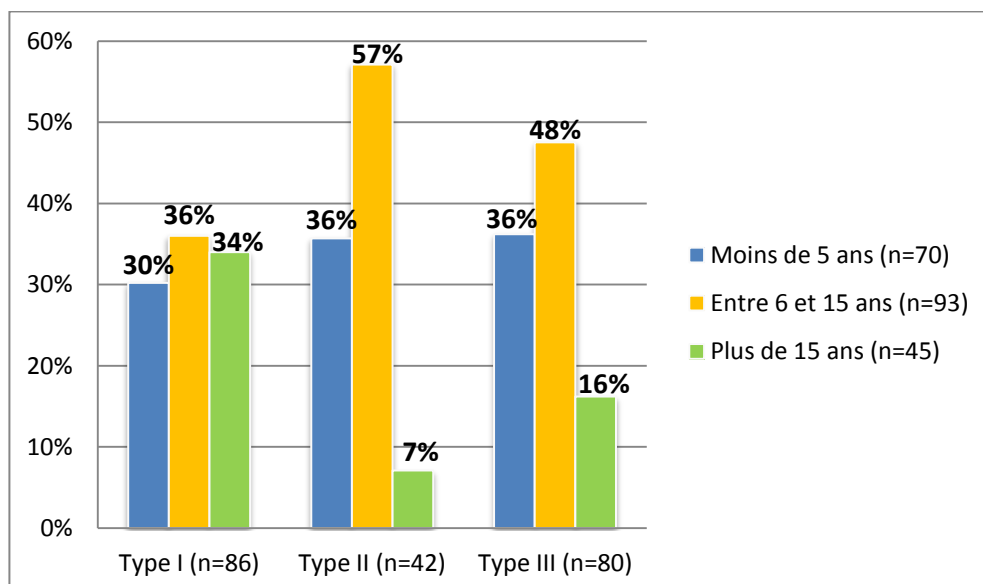


Figure 3 : Répartition des sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice et de leurs années d'expérience professionnelle (n=208)

B. Résultats de l'étude

100% des sages-femmes savent qu'elles peuvent réaliser les DA/RU.

38% (78) pensent qu'il existe des restrictions à la pratique de la DA/RU. Les restrictions évoquées sont :

- 64% (50/78) évoquent la pratique par la sage-femme uniquement dans les situations d'urgence, en attendant l'obstétricien.
- 36% (28) excluent l'utérus cicatriciel de la pratique des sages-femmes.
- 6% (6) pensent que la DA/RU doit être faite par l'obstétricien dans les contextes d'accouchements dystociques ou d'HDD.

27% (57) des sages-femmes pensent que leurs compétences concernant la pratique de la DA/RU ont évolué, à savoir :

- 49% (28/57) déclarent une évolution positive avec plus d'autonomie et de pratique par les sages-femmes
Et un meilleur apprentissage à l'école pour 9% (5).
- 18% (10) trouvent une évolution négative avec moins de pratique.

95% (197) des sages-femmes ont reçu, au cours de leurs études, une formation concernant la DA/RU. A noter que deux sages-femmes ont appris en pratiquant la DA au cours d'une césarienne.

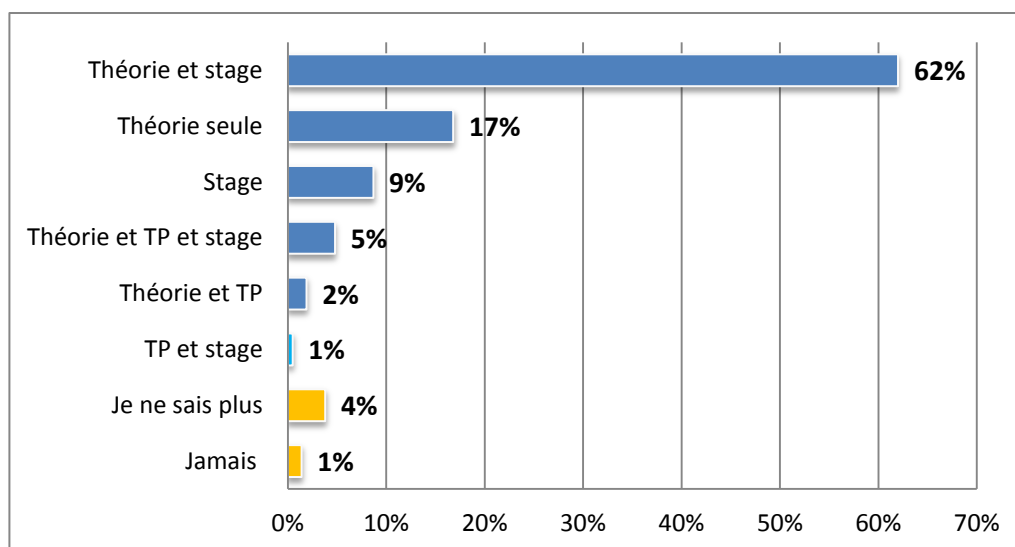


Figure 4 : Formations reçues par les sages-femmes pendant leurs études (n=208)

81% (168) des sages-femmes ont réalisé une ou plusieurs DA/RU au cours de leur formation initiale.

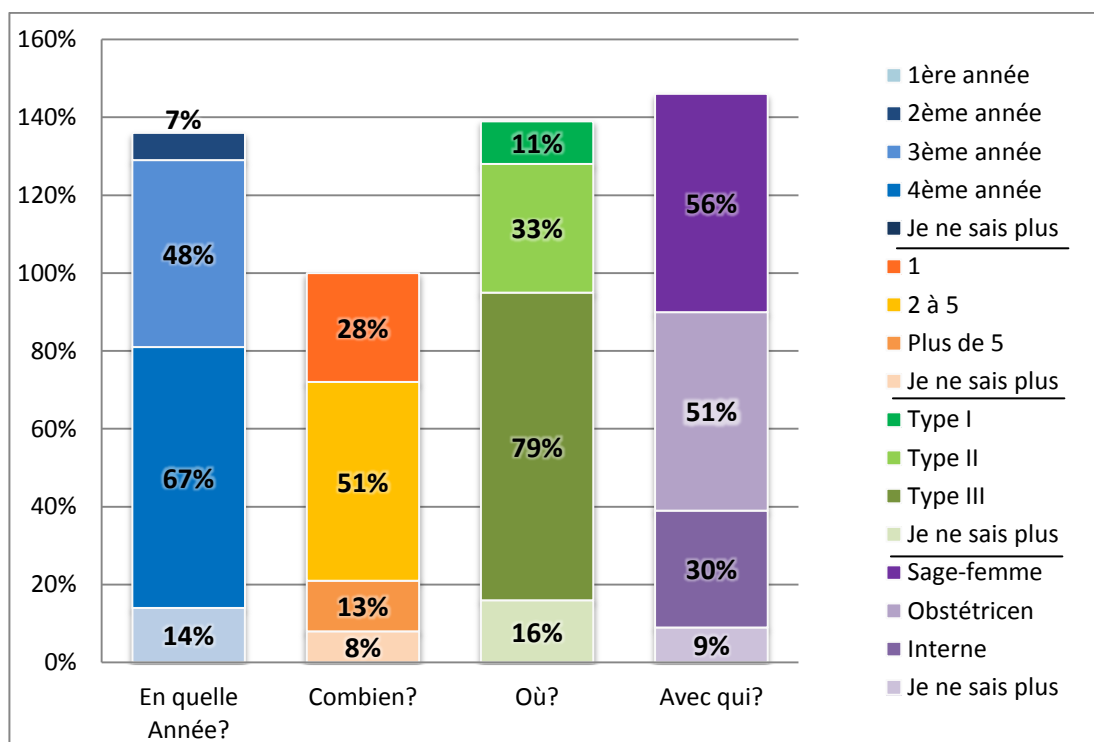


Figure 5 : Circonstances de réalisation des DA/RU par les sages-femmes au cours de leurs études (n=168)

56% (117) des sages-femmes se sentaient prêtes à réaliser une DA/RU à la fin de leurs études.

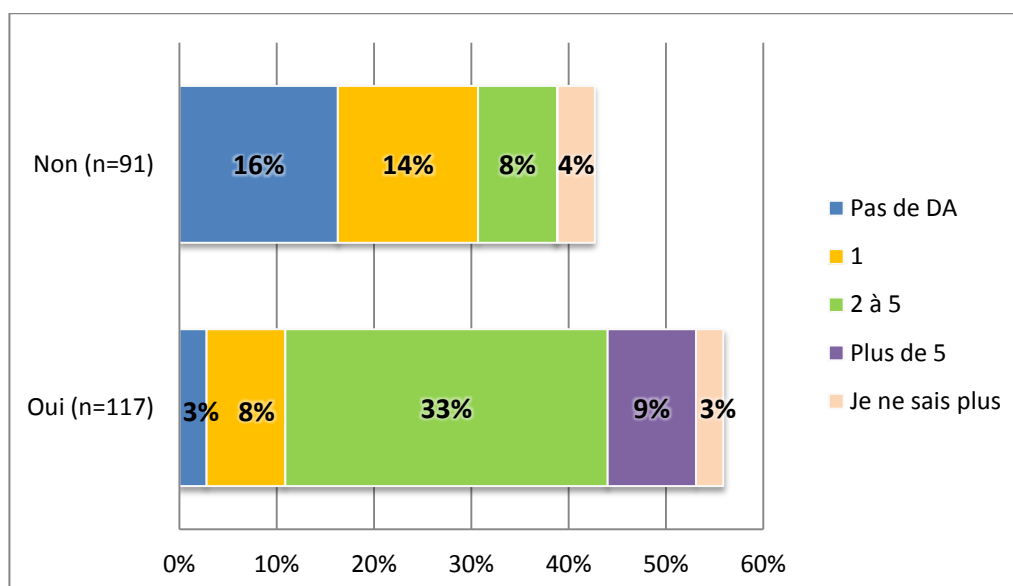


Figure 6 : Taux de sages-femmes prêtes ou non à réaliser une DA/RU après leur DE en fonction du nombre de DA/RU réalisées pendant leurs études (n=208)

87% (180) des sages-femmes ont réalisé des DA/RU depuis qu'elles sont diplômées : 13% (28) n'en n'ont donc jamais pratiqué.

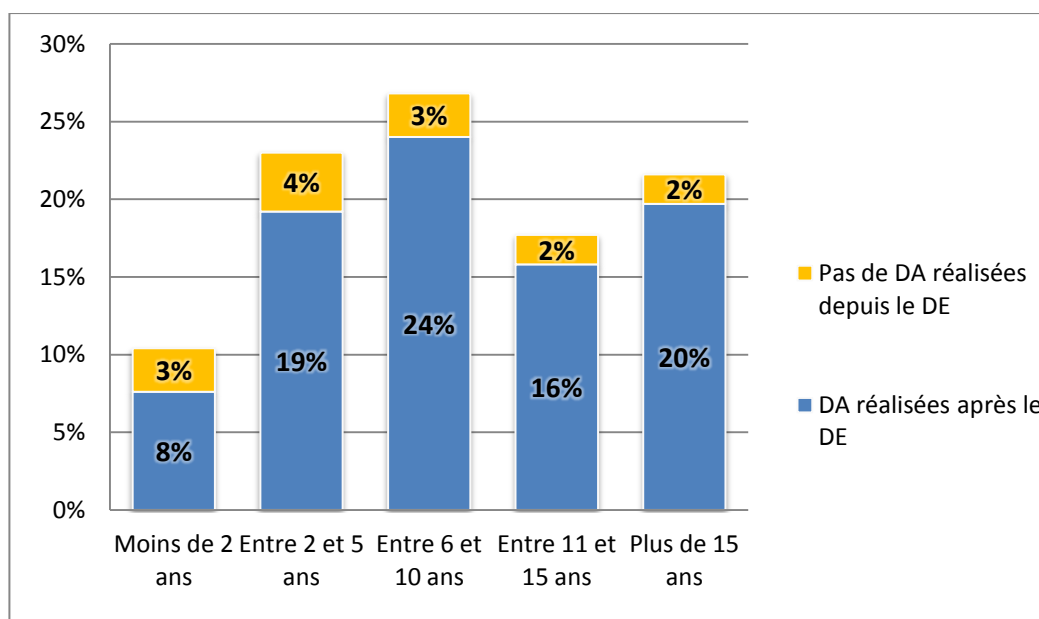


Figure 7 : Pratique de DA/RU par les sages-femmes en fonction de leur ancienneté (n=208)

85% (153) des sages-femmes ayant réalisé des DA/RU depuis qu'elles sont diplômées, ont pratiqué leur première DA/RU dans leurs cinq premières années d'expérience professionnelle.

Dans leur exercice professionnel, 45% (81/180) ont réalisé au moins une DA/RU dans une maternité de type I, 39% (68) dans une maternité de type II et 40% (72) dans une maternité de type III.

45% (93) des sages-femmes n'ont reçu aucun conseil sur la pratique de la DA/RU depuis qu'elles sont diplômées, 46% (96) ont reçu des conseils d'un obstétricien, 17% (35) d'une sage-femme et 8% (17) d'un interne.

95% (197) réaliseraient une DA/RU si on leur demandait. Elles justifiaient ainsi :

- 76% (150/197) la pratiqueraient dans l'intérêt de la patiente car ce geste fait partie de leurs compétences et de leurs responsabilités
- 22% (43) la réaliseraient car il s'agit d'un geste maîtrisé
- 14% (27) l'effectueraient pour « maintenir ses compétences » et être plus sûre d'elles dans les situations d'urgence.

Plusieurs propositions étaient avancées pour les 11 sages-femmes qui ne réaliseraient pas une DA/RU. De plus, 9 sages-femmes ayant répondu « Oui » ont précisé des craintes dans la liste proposée pour les sages-femmes qui répondraient « Non » :

- 75% (15/20) n'en font pas assez souvent et ont perdu la technique
- 55% (11) ont peur de ne pas réussir à détacher le placenta ou de laisser un cotylédon
- 35% (7) ne la réaliseraient pas car ça ne fait pas partie des habitudes du service
- 25% (5) ont peur d'être seul(e) pour le faire
- 20% (4) n'en ont jamais fais avant
- 15% (3) pensent qu'il ne s'agit plus de physiologie et que c'est au médecin de la faire
- 15% (3) ne travaillent plus en salle de naissance
- 15% (3) jugent qu'il s'agit d'un acte médico-légal trop important

- 15% (3) n'osent pas demander à un(e) collègue ou obstétricien d'être présent pour les guider
- 15% (3) ont peur de l'hémorragie de la délivrance
- 10% (2) ne veulent pas être la personne qui réalise l'acte potentiellement traumatique pour la patiente

Tableau I : Présence de protocoles et habitudes de service au sein des maternités (n=208)

	Oui	Non	Je ne sais pas
Protocoles	21% (43)	43% (90)	36% (75)
Habitudes de service	63% (130)	24% (49)	14% (29)

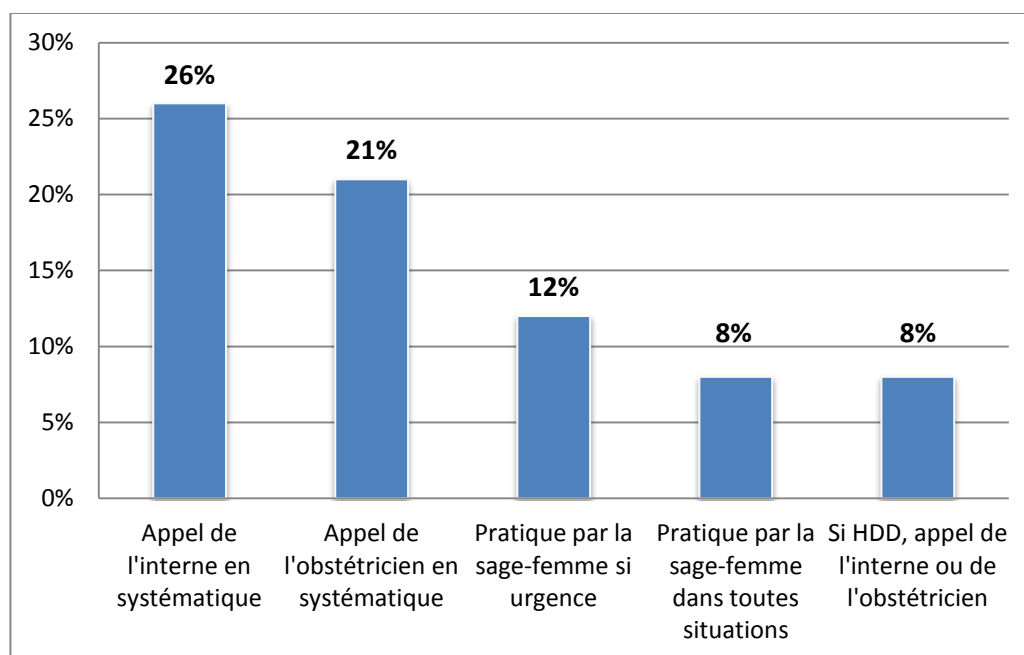


Figure 8 : Habitudes de services décrites par les sages-femmes (n=130) concernant la personne réalisant la DA/RU

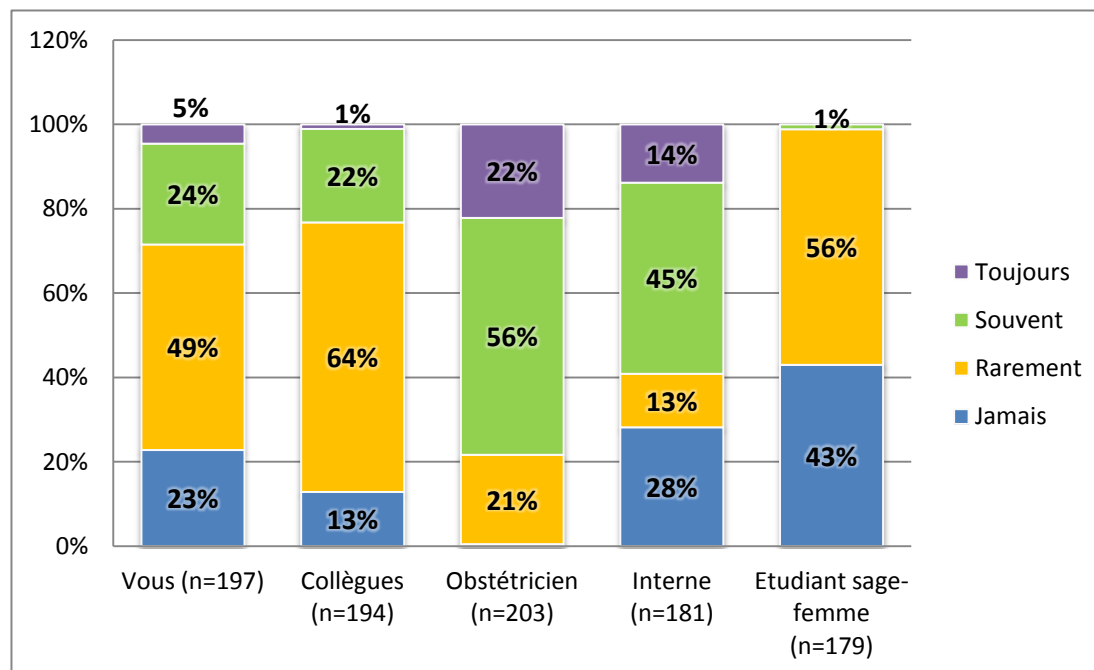


Figure 9 : Observations des sages-femmes sur la pratique de la DA/RU par différents intervenants dans leur maternité

2% (5) des sages-femmes ont déjà bénéficié d'une formation professionnelle sur la DA/RU au cours de leur exercice : lectures personnelles (2), lors de Congrès (1), simulation médicale sur mannequin (1) et TP (1).

76% (157) des sages-femmes seraient intéressées par une formation sur la DA/RU, 95% d'entre elles ont déclaré souhaiter une formation pratique.

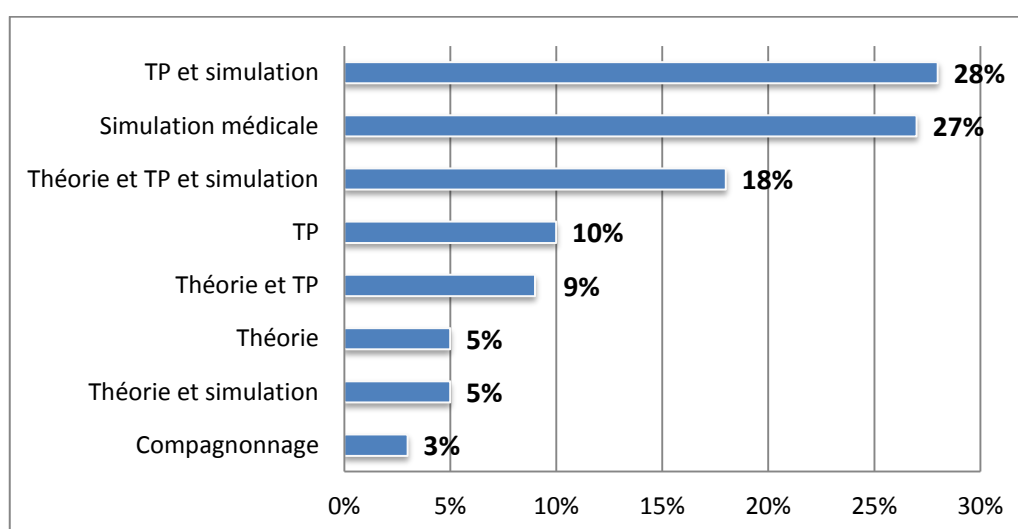


Figure 10 : Formation continue souhaitée par les sages-femmes (n=154)

IV. Discussion

A. Force, limites et biais de l'étude

Avec 208 réponses sur les 534 potentielles, le taux de participation des sages-femmes de la région Pays de la Loire de 39% est relativement satisfaisant.

L'étude présente un biais de surreprésentation de sages-femmes travaillant dans les maternités de type I. En effet, en 2012, 22% des accouchements réalisés dans la région Pays de la Loire ont eu lieu dans des maternités de type I. (9) Cependant, les sages-femmes exerçant dans ce type de maternité représentent 41% des réponses. Ce biais est renforcé par l'absence de réponse d'une maternité de type II réalisant 1300 accouchements par an.

Il est aussi remarqué un biais de compréhension du questionnaire. En effet, malgré la vérification et correction du questionnaire par des enseignantes sages-femmes, certaines questions n'ont pas été appréhendées correctement, notamment la question sur l'évolution des compétences et celles sur les protocoles et habitudes de service de la pratique de la DA/RU. De plus, les questions ouvertes proposées aux sages-femmes ont parfois entraîné des soucis d'interprétation rendant l'analyse plus complexe car il était parfois difficile de regrouper les réponses par thème.

Enfin, la réalisation de l'étude par un auto-questionnaire représente un biais de réponse ; l'auto-évaluation étant toujours en partie subjective.

B. Comparaison avec d'autres études

Aucune étude comparable n'a été trouvée dans la littérature.

Seuls deux mémoires d'étudiants sage-femme ont été retrouvés : un de l'école de Metz en 2009 et un de l'école de Nancy de 2011. Cependant, une comparaison des résultats semble difficile car la population et la méthode de l'étude sont différentes.

C. La situation actuelle dans la région des Pays de la Loire

Toutes les sages-femmes interrogées savent que la pratique de la DA/RU fait partie intégrante du champ de compétences de la profession. Cependant, 38% pensent qu'il existe encore une restriction à leur pratique. Les principales restrictions citées étant, l'utérus cicatriciel et la réalisation de la DA/RU par les sages-femmes uniquement dans les situations d'urgence. Pourtant, les DA/RU étaient pratiquées quasiment uniquement dans des contextes d'urgence avant l'élargissement du champ de compétences en 2006 et la notion « à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels » a été supprimée en 2012. Cela démontre que le cadre législatif est mal connu par les sages-femmes car 1/3 ne connaît pas exactement son champ de compétences. Se pose alors la question de l'actualisation des connaissances par les sages-femmes.

95% des sages-femmes ont reçu une formation sur la DA/RU au cours de leurs études : 86% ont bénéficié de cours théoriques et 76% disent avoir appris sur le terrain lors des stages. Pour 62% d'entre elles, cette formation a associé la théorie et la pratique lors de stages. Cependant, 20% n'ont pas réalisé de DA/RU au cours de leurs études et 13% n'ont jamais eu de formation pratique (stage ou TP). Ces chiffres soulèvent la discussion de la construction des compétences des professionnels. En effet, théorie et pratique constituent le socle de ces compétences. L'absence de formation théorique (14%) et de pratique (20%) nuit à cette construction et par conséquent à la sécurité des patientes. Il semble donc judicieux d'effectuer une analyse des enseignements en formation initiale afin d'adapter et de diversifier les supports pédagogiques mais aussi d'optimiser l'enseignement.

Ces résultats soulèvent le fait étonnant que 13% des sages-femmes n'ont jamais réalisé de DA/RU depuis qu'elles sont diplômées. Qu'en est-il du vécu et de l'expérience des 87% qui en ont effectué depuis qu'elles sont diplômées ?

- 34% l'ont réalisé pour la première fois en ne se sentant pas prêtes ou sûres d'elles.
- 38% n'en n'ont jamais effectué lors de leurs stages.
- 29% en ont réalisé qu'une seule.

Ce geste a donc été réalisé dans un contexte défavorable autant pour les sages-femmes que pour les patientes. . Quelles que soient les situations de réalisation de la DA/RU (présence d'une urgence ou non), les conditions délétères dans lesquelles elles ont été effectuées étaient

non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé de décembre 2012 qui font suite au rapport de mission du Pr Granry et du Dr Moll : « *Jamais la première fois sur le patient !* » (11)

95% des sages-femmes pratiqueraient une DA/RU s'il leur est demandé aujourd'hui (même en l'absence d'expérience). 76% la feraient dans l'intérêt de la patiente car ce geste fait partie de leurs responsabilités professionnelles et de leurs compétences. 22% la réaliseraient car il s'agit d'un geste maîtrisé et le réalise fréquemment et 14% la pratiqueraient par souci de maintien des compétences techniques et ainsi être plus sereines dans les situations d'urgence.

Néanmoins, en plus des 11 sages-femmes qui refuseraient de la réaliser, 9 sages-femmes expriment des inquiétudes à la pratiquer. Ces craintes communes sont dans la majorité des cas, des appréhensions sur l'impact d'un geste technique qu'elles ne maîtrisent pas.

Or, quand les sages-femmes sont interrogées sur le professionnel qui pratique les DA/RU dans leur maternité, elles sont 68% à répondre qu'elles ne les pratiquent que « rarement » voire « jamais », contre selon elles, 76 % de « souvent » ou « toujours » pour les obstétriciens.

Dans l'analyse plus fine du questionnaire, les sages-femmes sont donc 95% à accepter de pratiquer une DA/RU si elle leur est demandée mais dans la réalité quotidienne, elles ne sont que 29% à l'exercer régulièrement. Pour comprendre ce paradoxe, il faut pouvoir envisager l'environnement de travail des sages-femmes, les habitudes de services et protocoles. En effet, elles sont 47% à appeler systématiquement l'interne ou l'obstétricien pour les réaliser et seulement 8% à les faire systématiquement.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la pratique de la DA/RU par les sages-femmes dans les Pays de la Loire et de décrire les freins ou motivations à cette pratique. Cette étude montre un problème d'actualisation des connaissances et de la construction des compétences avec un manque de pratique en tant qu'étudiant mais également en tant que professionnel. Elle dévoile également des craintes ressenties par les sages-femmes à la pratique de la DA/RU mais aussi des difficultés à trouver leur place en salle de naissance

L'ensemble des hypothèses émises peuvent ainsi être confirmées même si elles ne concernent pas l'ensemble des sages-femmes. En effet, le fait que 1/3 des sages-femmes ne connaît pas son champ de compétences comme décrit dans le Référentiel Métier et Compétences montre qu'elles ne savent pas qu'elles ont le droit de les faire dans toutes les situations. L'absence de formation initiale pour certaines et le peu de pratique dans les maternités soulèvent le problème du savoir-faire et du manque d'habileté technique nuisant à l'efficacité du geste. De plus, le fait que les sages-femmes sont presque la moitié à appeler l'interne ou l'obstétricien lorsqu'une DA/RU est nécessaire, prouve leur difficulté à trouver une juste place en salle de naissance vis-à-vis de ce geste. Cependant, elles ne seraient que 5% à refuser de la réaliser s'il leur était demandé ; ce qui confirme qu'elles souhaitent les faire.

D. Une solution possible : la formation

Depuis 2004, de nombreuses mesures ont été mises en place afin de diminuer le taux de mortalité maternelle due à l'hémorragie de la délivrance. Les professionnels de santé ont été sensibilisés, les algorithmes de prise en charge standardisés et harmonisés, l'organisation des services optimisée. Des études et interventions ont été menées et répétées sur la prévention et la prise en charge des hémorragies du post-partum. Le taux de mortalité maternelle par hémorragie est ainsi passé de 26 à 19% en 2009 et le nombre de décès maternel du à l'HDD de 2.6 en 2001-2003 à 1.9/100.000 en 2007-2009. Et pourtant, malgré ces nombreuses mesures de Santé Publique et les résultats en baisse, les objectifs de l'HAS ne sont pas encore tout à fait atteints. La France se trouve encore loin du Royaume Uni (0.65 en 2006-2008) ou des Pays Bas (0.70 de 1995-2005). De plus, dans 85% des cas, ces décès liés à l'HDD sont évitables et souvent dus à un retard de diagnostic ou à une suite de décisions ou d'évènements indésirables conduisant à une prise en charge de mauvaise qualité. (2)

Comment les compétences des sages-femmes ont été optimisées dans ces algorithmes de prise en charge ? La DA/RU ou la RU constituent les premiers gestes à réaliser dans ces situations d'HDD. L'extension du champ de compétences en 2006 autorise la pratique pour les sages-femmes mais sept ans après, elles pratiquent peu. Pourtant, elles sont en première ligne dans la prévention et le traitement des HDD.

Une piste de réflexion serait de travailler sur les freins à la pratique de la DA/RU cités ci-dessus dans un objectif de Santé Publique et d'optimisation de la sécurité des femmes en formant les étudiants à ce geste technique et en développant les compétences des professionnels.

L'objectif est de renforcer la complémentarité professionnelle, essentielle en obstétrique pour garantir des soins adaptés et sécurisés aux patientes. La collaboration et le partenariat avec les obstétriciens favoriseraient ainsi la potentialisation des compétences. La formation des sages-femmes à la pratique de la DA/RU leur permettrait alors de réaliser les premiers gestes techniques de façon sereine et efficace en attendant l'arrivée de l'obstétricien et ainsi, d'accélérer la prise en charge et de diminuer la morbi-mortalité des patientes.

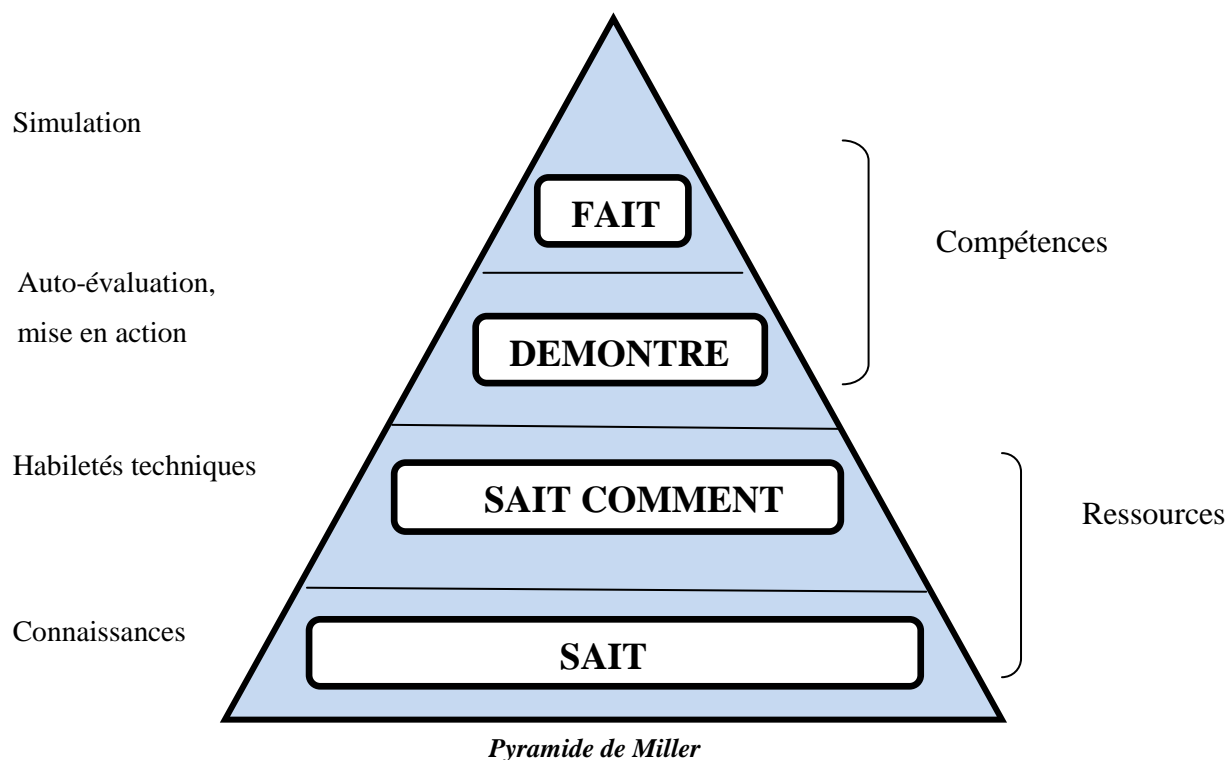
Les sages-femmes ont conscience que la formation et la pratique sont les clés de la réussite. Elles sont nombreuses à préciser qu'il est essentiel que les étudiants sages-femmes réalisent ces gestes pendant leurs études dans les situations de rétention placentaire non hémorragique pour acquérir la technique, prendre confiance et leur permettre d'être plus fiables lorsqu'ils devront les réaliser en urgence.

L'étude a montré que 76% des sages-femmes sont intéressées par une formation sur la DA/RU et que 95% souhaitent une formation pratique. Elles mesurent l'importance de réaliser seule une DA/RU dans des situations d'extrême urgence, si l'obstétricien est absent ou occupé sur une autre urgence ; mais également dans l'intérêt et la sécurité de la patiente. Elles savent que leur geste devra être sûr, maîtrisé et conforme aux règles de l'art mais sont aussi conscientes que ce n'est pas en pratiquant rarement ce geste qu'elles pourront acquérir l'expertise et la confiance nécessaires lors d'une situation d'urgence.

Aujourd'hui, quelles sont les formations les plus adaptées qui peuvent être proposées aux sages-femmes pour pallier à ce manque de pratique sur la DA/RU ?

Plusieurs solutions sont envisageables : la simulation médicale, la formation-action ou encore le compagnonnage. L'interprétation des résultats de l'étude avec la pyramide de

Miller¹ ci dessous, montre des lacunes au niveau de la base de la pyramide c'est-à-dire au niveau des connaissances, du savoir faire et habiletés techniques.



La formation des sages-femmes permettrait de sécuriser les 13% qui n'ont jamais faits de DA/RU et de donner confiance à celles qui se sentent en difficulté par rapport à ce geste. Elle aiderait à favoriser ou à consolider un apprentissage de la pratique de la DA/RU.

La simulation apporte de réels bénéfices aux professionnels de santé par l'évaluation du geste technique mais favorise également la cohérence de la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire dans des situations particulières mises en jeu grâce à un mannequin et à des scénarios. Pour autant, elle ne semble pas la plus adaptée dans ce contexte. Le problème se situe au niveau de la base : les connaissances théoriques et pratiques ainsi que le manque d'habileté technique.

La modalité de formation qui répond à l'heure actuelle le plus efficacement aux besoins des sages femmes semble être la « formation-action ». En effet, sa mise en place est

¹ La pyramide de Miller est un outil pédagogique qui permet de visualiser la progression de l'acquisition et de l'intégration des compétences professionnelles.

plus rapide et avec un coût moindre par rapport à la simulation médicale. Elle permet l'acquisition ou le perfectionnement des savoir et savoir-faire des sages-femmes afin de mettre en œuvre une construction pérenne et fiable des compétences et de répondre au besoin essentiel de Santé Publique (12).

Ces formations-actions se dérouleraient sur deux sessions d'une journée à six mois d'intervalle et intéresseraient des groupes d'environ 10 sages femmes.

Lors de la première session un état des lieux des connaissances des sages-femmes sera fait à l'aide d'un questionnaire didacticiel. L'analyse des questionnaires permettra de connaître en temps réel le taux de bonnes ou mauvaises réponses et ainsi d'adapter les corrections. Ces questionnaires permettront de mobiliser le groupe autour d'une dynamique commune afin de favoriser les processus d'apprentissage, de faire une évaluation des besoins et d'adapter la formation à la population. En effet, s'il est observé des lacunes dans les connaissances, la formation théorique sera approfondie à l'aide de supports pédagogiques multiples : schémas, vidéos 3D,... En revanche, si les connaissances des sages-femmes semblent acquises, la formation pourra être plus axée sur l'action avec pratique individuelle et répétée sur des mannequins de simulation. Cette première session favorisera la mise en place de formation procédurale et technique afin de fiabiliser le geste. Un large temps sera accordé au débriefing.

La deuxième session permettra d'assurer la construction des compétences des apprenants. Elle permettra d'évaluer la consolidation des connaissances à distance de la phase d'acquisition et de vérifier l'efficacité du transfert de connaissances en exercice réel par auto-questionnaire puis par un débriefing collectif. Ce débriefing est essentiel afin de permettre un retour d'expérience des sages-femmes sur leur pratique sur les six derniers mois et ainsi analyser leur vécu, leurs difficultés et proposer des solutions pour leur permettre d'être plus à l'aise. Un temps de formation procédurale dans le but de consolider les compétences sera permis. Enfin une évaluation de la formation sera proposée.

Il semble intéressant que ces formations puissent être couplées au compagnonnage des sages-femmes par les obstétriciens dans les situations de rétention placentaire non hémorragique. En effet, dans l'urgence, l'enseignement trouve difficilement sa place. Les professionnels doivent être acteurs de leur formation en demandant aux obstétriciens de les

guider et les assister pour leur permettre d'acquérir un geste fiable et maîtrisé. Ce partenariat permettra aux sages-femmes de s'auto-évaluer sur leur savoir-faire technique.

Quelles sont les ressources disponibles actuellement pour pouvoir mettre en place ces formations ? Un travail en collaboration avec le réseau Sécurité-Naissance semble être essentiel pour mener à bien cette campagne de formation continue au sein de la région. De plus, il semble intéressant de travailler avec les écoles de sages-femmes d'Angers et Nantes. Les écoles pourraient mettre à disposition des locaux pour ces formations et pourraient également profiter de cette mutualisation pour perfectionner et homogénéiser la formation initiale clinique pour l'ensemble de ses étudiants en leur faisant bénéficier de ces journées. Le formateur devra être une sage-femme expérimentée avec des notions de pédagogie.

Cette formation-action pourra également s'étendre aux autres manœuvres obstétricales telles que la dystocie des épaules ou encore les manœuvres de l'accouchement du siège.

La mise en œuvre des formations-action permettra aux sages-femmes l'intégration d'une nouvelle compétence : la DA/RU. Il semble également pertinent de mettre en place des formations continues de simulation médicale par la création d'un DPC : « Prise en charge de l'HDD [Annexe 4] ». L' HAS recommande de promouvoir la formation des sages-femmes ainsi que des autres professionnels de santé dans le domaine de l'obstétrique (13) . Grâce à une formation-action de bonne qualité sur la DA/RU, ces DPC permettront d'examiner le geste technique en lui-même mais surtout de mettre en situation les multiples professionnels de la périnatalité afin d'analyser les cascades décisionnelles. Elles permettront d'analyser et d'évaluer les pratiques professionnelles. Cependant, ces programmes sont plus coûteux et nécessitent plus de temps de mise en place.

V. Conclusion

La mortalité maternelle due à l'hémorragie de la délivrance reste actuellement en France, un réel problème de Santé Publique. Depuis 2004, de nombreuses mesures ont été mises en place afin de diminuer ce taux de décès. En 2006, les sages-femmes ont acquis officiellement la compétence de réaliser les DA/RU, premiers geste d'urgence à pratiquer dès le diagnostic d'HDD. Cependant, sur le terrain, elles sont peu nombreuses à les réaliser systématiquement.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la pratique de la DA/RU par les sages-femmes au sein du RSN des Pays de la Loire et de comprendre les freins et/ou motivations à leur pratique.

L'étude a démontré que les sages-femmes savent qu'elles ont le droit de pratiquer les DA/RU mais qu'elles n'ont pas toutes actualisé leurs connaissances vis-à-vis de l'extension du champ de compétence. Elle a également permis de soulever un manque de formation initiale et de pratique régulière du geste ainsi qu'une difficulté pour les sages-femmes à trouver leur place au sein des salles de naissance lorsqu'une DA/RU est nécessaire. Cette difficulté est notamment due aux habitudes de service qui font qu'elles doivent appeler l'obstétricien ou l'interne pour réaliser le geste.

Pour répondre aux besoins exprimés par les sages-femmes mais surtout à ceux de Santé Publique à savoir, diminuer la morbi-mortalité périnatale, la formation des sages-femmes semble indispensable. En effet, leur formation permettrait un gain de temps dans la prise en charge d'une HDD.

La construction de la compétence « pratique » de la DA/RU pourrait être mise en œuvre par une formation-action.

Cette formation-action permettra une réactualisation des connaissances ainsi qu'un apprentissage ou un perfectionnement des gestes techniques. Parallèlement aux formations, l'accentuation de la collaboration professionnelle sage-femme / obstétricien lors des situations de rétention placentaire non hémorragique aidera les sages-femmes à acquérir un geste fiable et maîtrisé et favorisera leur coopération dans les situations d'urgence.

A plus long terme, il semble intéressant de développer les scénarios de simulation médicale sur la prise en charge de l'HDD décrits par l'HAS afin d'optimiser la prise en charge pluridisciplinaire des patientes dans des situations où le pronostic vital de la patiente est engagé.

VI. Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques Sanitaires mondiale - 2011 [Internet]. 2011 p. 26. Report No.: 978 92 4 256419 8. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf
2. Bouvier-Colle M-H, Deneux-Tharaux C, del Carmen Saucedo M, Inserm U953. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France, 2007-2009 - Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) [Internet]. Inserm; 2013 Oct. Available from: <http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>
3. Moreau Y. Chapitre 19 - Délivrance normale et pathologique. Traité d'obstétrique. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 141–9.
4. Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B. Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004 Dec;33(8, Supplement 1):57–64.
5. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Les infections génitales hautes - 36èmes Journées Nationales, Paris [Internet]. 2012. Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf
6. Chongsomchai C, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Prophylactic antibiotics for manual removal of retained placenta in vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2013 Dec 24]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004904.pub2/abstract>
7. Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cited 2013 Sep 2]. Available from: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

8. Blondel B. La responsabilité médicale des sages-femmes dans les maternités publiques et privées. Résultats d'une enquête de 11 régions françaises. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1998 Nov;27(7):692–701.
9. BRANGER B. La fréquence de la pratique de la DA/RU dans les pays de la Loire. 2013.
10. Modèle:Carte/Pays de la Loire [Internet]. Wikipédia. 2013 [cited 2013 Dec 2]. Available from:
http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le:Carte/Pays_de_la_Loire&oldid=68097457
11. Pr Granry J-C, Dr Moll M-C. 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. [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2012 Jan. Report No.: 978-2-11-128512-5. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
12. CEDIP. La formation-action: une modalité pédagogique à développer? [Internet]. 1998 [cited 2014 Mar 19]. Available from:
http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/fichetech7_cle772d72.pdf
13. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2012 Décembre. Report No.: 978-2-11-128576-7. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

VII. Annexes

1. Annexe 1 : le Code de Santé Publique et de déontologie

- Décret n°91-779 du 8 août 1991

Article R4127-318 :

Pour l'application des dispositions de l'article L. 4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

- 1° L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2° La surveillance électronique, pendant la grossesse et au cours du travail, de l'état du fœtus in utero et de la contraction utérine ;
- 3° Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang fœtal ;
- 4° La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 5° La rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement ;
- 6° L'anesthésie locale au cours de la pratique de l'accouchement.

En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie locorégionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin.

La sage-femme est habilitée à prescrire et à pratiquer la vaccination anti-rubéolique.

Il est interdit à la sage-femme de pratiquer toute intervention instrumentale, à l'exception de l'amnioscopie dans la dernière semaine de la grossesse, de l'épisiotomie, de la réfection de l'épisiotomie non compliquée et de la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée.

Article R4127-313 :

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.

Article R4127-325 :

Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige.

- Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006

Article R 4127-318 :

I. - Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

- 1° L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2° Le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1 ;
- 3° L'amnioscopie de fin de grossesse ;
- 4° La surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
- 5° Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;
- 6° L'oxymétrie du pouls fœtal ;
- 7° L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- 8° L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- 9° La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- 10° 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 ;
- 11° Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;
- 12° La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 13° La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.

II. - La sage-femme est autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'anesthésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien.

« Sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'analgésie locorégionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif. »

- Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012

Article R4127-318 :

I.-Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1° La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;

b) Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;

c) Le fœtus ;

d) Le nouveau-né ;

2° La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer :

a) L'échographie gynéco-obstétricale ;

b) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;

c) L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;

d) La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;

e) La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;

- f) Le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ;
- g) L'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ;
- h) La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- i) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

II.-La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif.

III.-Dans le cadre des dispositions de l'article L. 4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée.

2. Annexe 2 : Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique

- Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme

1. Pratiquer les techniques de soins appliqués aux domaines de la médecine et de la chirurgie.
2. Pratiquer les techniques de soins dans les domaines de l'obstétrique, de la néonatalogie, de la pédiatrie et de la gynécologie.
3. Diagnostiquer la grossesse par les moyens cliniques et para cliniques adaptés.
4. Pratiquer des consultations et examens prénatals (au moins 100 examens).
5. Dépister les situations à risque médical, social et psychique, surveiller et orienter les femmes enceintes vers un niveau de soins adapté.
6. Identifier les situations d'urgence en obstétrique et en néonatalogie.
7. Participer à l'identification et à la prise en charge des situations d'urgence en gynécologie.
8. Surveiller la grossesse par des examens cliniques et techniques appropriés.
9. Pratiquer les échographies obstétricales (au moins 30 examens).
10. Surveiller les parturientes par les moyens cliniques et techniques appropriés (au moins 80 examens).
11. Pratiquer les accouchements eutociques (au moins 80 accouchements).
12. Savoir pratiquer les manœuvres obstétricales.
13. Savoir pratiquer les accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège (2 cas minimum).
14. Savoir pratiquer les accouchements multiples et avoir participé activement à plusieurs accouchements multiples (2 cas minimum).
15. Pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum).
- 16. Pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum).**
17. Pratiquer les réanimations de nouveau-nés et assurer les conditions optimales du transfert.
18. Participer à la surveillance des parturientes en salle de surveillance post interventionnelle.
19. Participer à la prise en charge de la douleur.
20. Participer activement à la prise en charge des parturientes lors des analgésies obstétricales.
21. Pratiquer l'examen clinique des accouchées (100 examens au moins).
22. Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux (au moins 100 examens).
23. Surveiller les femmes accouchées, en situation de risque médical, social et psychique (au moins 60 cas).
24. Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en favorisant le lien mère-enfant.
25. Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés, y compris de nouveau-nés avant terme, de faible poids de naissance ou présentant des troubles.
26. Assurer la préparation à la naissance et à la parentalité (animer 3 séances).
27. Pratiquer la prévention et la correction des troubles périnéo-sphinctériens et des séances de rééducation (20 séances au moins).

28. Promouvoir l'allaitement maternel et assurer son suivi.
29. Informer les femmes et les couples dans le domaine de la régulation des naissances.
30. Participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents.
31. Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur : de l'élaboration à l'analyse des données.
32. Participer à des actions de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins.
33. Participer à la prévention, à l'information et à l'éducation dans les domaines de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie et de la petite enfance.
34. Savoir développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux, pour une meilleure prise en charge des personnes soignées.
35. Savoir développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation,...) avec les partenaires institutionnels, économiques et industriels.

3. *Annexe 3 : Questionnaire diffusé aux sages-femmes*

Les sages-femmes et la pratique de la DA/RU.

Je suis étudiante en 5ème année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'effectue une enquête concernant la pratique des délivrances artificielles et des révisions utérines (=DA/RU) par les sages-femmes.

Cette étude est réalisée sous forme de questionnaires anonymes (version papier ou numérique) envoyés à l'ensemble des sages-femmes travaillant dans les maternités publiques du réseau « Sécurité naissance-Naître ensemble » des Pays de Loire.

Cette analyse permettra de faire un état des lieux de la pratique de la DA/RU par les sages-femmes, mais également, de comparer le taux de réalisation de ces actes dans les différents types de maternité.

Je vous remercie d'avance de votre participation.

1-Facteurs législatifs :

Actuellement, la sage-femme a-t-elle le droit de réaliser une DA/RU ?

☐ Oui sans restriction ☐ Non

☐ Oui avec restriction.

De quelle(s) restriction(s) s'agit-il ?

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

Pensez-vous que les compétences des sages-femmes concernant la DA/RU ont évolué au cours des dix dernières années ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est cette évolution ?

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

2-Formation initiale

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

.....

Au cours de vos études, avez-vous bénéficié d'une formation sur la DA/RU ?
(Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ Cours magistraux ☐ Travaux pratiques sur un mannequin

☐ Au cours d'un accouchement ☐ Jamais

☐ Je ne sais plus

☐ Autre :

Avez-vous réalisé une ou plusieurs DA/RU au cours de vos différents stages ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quelle année d'étude ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ 1ère année ☐ 2ème année ☐ 3ème année

☐ 4ème année

☐ Je ne sais plus

Combien en avez-vous réalisées ?

☐ Une ☐ 2 à 5 ☐ Plus de 5 ☐ Je ne sais

plus

Dans une maternité de quel type ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ Type I ☐ Type II ☐ Type III ☐ Je ne sais

plus

Avec qui ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ Avec une sage-femme ☐ Avec un obstétricien ☐ Avec un interne

☐ Je ne sais plus

3-Activité professionnelle :

Vous sentiez vous prêt(e) à réaliser une DA/RU à la sortie de vos études ?

☐ Oui ☐ Non

Depuis que vous êtes diplômé(e), avez-vous réalisé une ou plusieurs DA/RU ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans une maternité de quel type ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ Type I ☐ Type II ☐ Type III ☐ Je ne sais

plus

Combien de temps après le diplôme ?

☐ Moins de 2 ans ☐ Entre 2 et 5 ans ☐ Entre 6 et 10 ans

☐ Entre 11 et 15 ans ☐ Plus de 15 ans ☐ Je ne sais plus

Depuis que vous êtes diplômé(e), avez-vous bénéficié des conseils de professionnels concernant la pratique de la DA/RU ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ D'une sage-femme ☐ D'un obstétricien ☐ D'un interne
☐ Pas de conseils reçus

Si aujourd'hui, on vous demandait de réaliser une DA/RU, le feriez vous ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

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

Si non, qu'est ce qui vous freine ? (Une ou plusieurs réponses possibles. 4 réponses maximum).

- ☐ Je n'en ai jamais fais avant ☐ J'ai peur d'insérer la main dans l'utérus
☐ J'ai peur de ne pas réussir à détacher le placenta ou de laisser un cotylédon
☐ J'ai peur de l'infection ☐ J'ai peur de l'hémorragie de la délivrance
☐ Il s'agit d'un acte médico-légal trop important
☐ Je ne veux pas être la personne qui réalise l'acte potentiellement traumatique pour la patiente
☐ Je n'en fais pas assez souvent et j'ai perdu la technique
☐ Il ne s'agit plus de physiologie, c'est au médecin de la faire
☐ Je n'ose pas demander à un(e) collègue ou obstétricien d'être présent pour me guider
☐ J'ai peur d'être seul(e) pour le faire
☐ Je ne travaille plus en salle de naissance
☐ Ca ne fait pas parti de mes compétences
☐ Ca ne fait pas parti des habitudes du service
☐ Autre raison :

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

Dans quelle maternité travaillez-vous actuellement ?

.....

Existe-t-il un protocole concernant la pratique de la DA/RU dans votre maternité ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, lequel ?

.....

.....

.....

Existe-t-il une habitude de service concernant la pratique de la DA/RU dans votre maternité ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, laquelle ?

.....

.....

.....

Dans votre maternité, qui pratique la DA/RU ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Vous				
Vos collègues sages-femmes				
L'obstétricien				
L'interne				
L'étudiant sage-femme				

Selon vous, qui doit pratiquer la DA/RU ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ La sage-femme ☐ L'obstétricien ☐ Autre:

Selon vous, qui peut pratiquer la DA/RU ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

☐ La sage-femme ☐ L'obstétricien ☐ L'étudiant sage-femme
☐ L'interne ☐ Autre:

Justifiez vos deux dernières réponses :

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous bénéficié d'une formation professionnelle continue (DPC) sur la DA/RU au cours de votre exercice professionnel ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, sous quelle forme ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Journées de formation ☐ Lors de Congrès
☐ Lectures personnelles ☐ Simulation médicale sur mannequin

- ☐ Aux travaux pratiques organisés pendant les Congrès
☐ Aux travaux pratiques organisés par votre service
☐ Autres:

Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur la DA/RU ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel type ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Théorique ☐ Travaux pratiques sur un mannequin
☐ Simulation médicale ☐ Autres:.....

Avez-vous des remarques éventuelles à formuler ?

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

Merci de votre participation.

4. Annexe 4 : Exemple de programme de simulation en gynécologie-obstétrique pour la formation continue - Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé – HAS décembre 2012

- Programme de formation continue sur l'hémorragie de la délivrance

► Identification du problème

La première cause de décès maternelle reste en France l'hémorragie de la délivrance, avec un taux d'évitabilité de 73 % (InVS 1999-2001).

La France présente par ailleurs un mauvais classement européen en termes de mortalité maternelle même si celui-ci s'est amélioré entre les périodes 1995-1999 et 2000-2002 (réduction de 25 %). Une des causes identifiées est le retard au diagnostic et à la prise en charge quel que soit le type de structure.

Les hémorragies de la délivrance sont une occurrence assez « fréquentes » (5% dont 1% de formes graves) dans les hôpitaux (équipes), cependant leur gravité est extrêmement variable et la réactivité des équipes doit être en permanence re-testée pour permettre aux professionnels de santé de maintenir leur niveau en particulier sur le plan de l'organisation des professionnels de santé. Ainsi la procédure de prise en charge doit être révisée fréquemment.

L'hémorragie du post-partum se définit par la perte de 500 ml de sang ou plus dans les 24 heures qui suivent l'accouchement (5 % des accouchements), mais c'est à partir de 1 000 ml que la tolérance maternelle se trouve réellement menacée (1 % des femmes environ). Les « gestes qui sauvent » concernent environ une patiente sur mille et chaque obstétricien n'est confronté à cette situation que quelques fois dans sa vie. (J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 (suppl. au n° 8) : 4S9-4S16).

► Identification des objectifs généraux

L'objectif est de permettre aux professionnels de santé d'acquérir des connaissances et des compétences dans la reconnaissance et la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance à la fois sur le plan médical et sur la coordination d'équipe afin de réduire la morbidité et la mortalité de cette pathologie.

► Détermination des objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage sont les suivants :

- anticiper l'hémorragie de la délivrance, la prévenir et la diagnostiquer ;
- savoir prendre en charge l'hémorragie de la délivrance ;
- coordonner des actions d'équipe ;
- prendre en charge la réanimation et gérer la stratégie transfusionnelle ;
- décider des traitements étiologiques (hystérectomie et autres techniques chirurgicales, recours à l'embolisation artérielle) ;
- décider du transfert de la patiente.

► Choix et description des approches

L'approche choisie pour ce programme de formation est une approche combinant des cours, des formations pratiques, et de la simulation haute fidélité. La complémentarité de ces différentes modalités permet de répondre de façon adaptée aux objectifs définis dans ce programme de simulation.

► Identification des apprenants

- sages-femmes ;
- médecins anesthésistes-réanimateurs ;
- médecins gynécologues-obstétriciens ;
- infirmières de salle de travail ;
- infirmières anesthésistes ;
- radiologues interventionnels.

► Contenu du programme de formation

Cours :

- Épidémiologie des hémorragies de la délivrance
- Physiopathologie du saignement
- Prise en charge du choc hémorragique
- Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance

Formations pratiques sur simulateurs procéduraux

- Apprentissage de la révision utérine (pour gynécologues-obstétriciens et sages-femmes)
- Utilisation des techniques de tamponnement (pour gynécologues obstétriciens)
- Formation à l'embolisation (pour radiologues interventionnels)

Formations pratiques sur simulateurs haute fidélité :

Mannequin d'accouchement avec plusieurs scénarios de prise en charge combinant des compétences techniques et non techniques. Scénarios possibles :

- Scénario n° 1 – Reconnaissance de l'hémorragie de la délivrance et premières étapes du traitement (cf. exemple 5).
- Scénario n° 2 – Scénario n° 1 avec échec de traitement et nécessité d'un recours à l'embolisation (possibilité offerte sur place).
- Scénario n° 3 – Scénario n° 2 avec échec suivi d'un recours à la chirurgie.
- Scénario n° 4 – Scénario n° 1 avec échec et nécessité d'un recours à la chirurgie (pas de possibilité d'embolisation sur place).
- Scénario n° 5 – Scénario n° 1 avec échec et choix entre chirurgie sur place ou transfert pour embolisation.
- Scénario n° 6 – Scénario n° 1 avec indisponibilité de l'obstétricien (équipe en cours de réalisation d'une césarienne au bloc opératoire).

Résumé

Titre : Les sages-femmes et la pratique de la délivrance artificielle/révision utérine.

Auteur : Claire BIGNON

Introduction : Avec un taux de mortalité maternelle de 9.6 pour 100 000 naissances vivantes en 2007-2009, l'hémorragie, première origine retrouvée, représente en France un véritable problème de Santé Publique. Depuis 2004, de nombreuses mesures ont été instaurées et le champ de compétence des sages-femmes élargit. Ainsi, depuis 2006, les sages-femmes ont le droit de pratiquer les DA/RU. Cependant, dans la réalité de la pratique, il semble qu'elles soient peu nombreuses à les réaliser. L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux de la pratique de la DA/RU par les sages-femmes et de comprendre les freins ou motivations à leur pratique.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée par auto-questionnaire auprès des sages-femmes exerçant dans les maternités publiques du Réseau Sécurité-Naissance des Pays de la Loire d'octobre 2013 à janvier 2014. 39% des sages-femmes ont répondu.

Résultats : L'étude a montré que 37% des sages-femmes ne connaissaient pas correctement leur champ de compétence. Un manque de formation initiale est remarqué pour 20% d'entre elles. Bien qu'elles étaient 95% à accepter d'en faire une s'il leur était demandé, l'étude a révélé que dans la pratique quotidienne, elles n'étaient que 29% à les pratiquer régulièrement. Dans l'intérêt de la patiente et pour améliorer leurs compétences, elles étaient 95% à être intéressées par une formation continue.

Conclusion : Pour la sécurité des patientes, garantir une prise en charge optimale de l'HDD et accentuer la complémentarité entre professionnels, la formation des sages-femmes à la pratique de la DA/RU semble essentielle. A l'heure actuelle, la formation-action semblerait la solution la plus adaptée.

Mots clés : délivrance artificielle / hémorragie de la délivrance / morbi-mortalité / santé publique / formation-action

Abstract : With a maternal mortality rate of 9.6 out of 100 000 live births between 2007 and 2009, haemorrhage, first origin found, shows in France a real public health issue. Since 2004, many measures has been established and the skills sphere of midwife has increased. Therefore, since 2006, midwife are able to practice Artificial Delivery / Uterine Check. However, it seems that few of them are practically making it. This study deals with a review of AD/UC midwife practices and an understanding of roadblocks or motivations to realise it. This is a descriptive prospective study based on a self-questionnaire to midwife working on Réseau Sécurité-Naissance public maternities from Pays de la Loire, from October 2013 to January 2014. 39% of midwives had answered. The study shows that 37% of midwives didn't really know their skills sphere. A lack of initial training is pointed out by 20% of them. Although they were 95% ready to practice AD/UC if asked, study reveals that only 29% of them are regularly realising it. Regarding patient interest and to improve midwife knowledge, 95% of them are interested in a continuous training. For patient safety, to ensure an optimal delivery haemorrhage handling and to improve inter-professional synergy, AD/UC midwife training seems necessary. Actually, the training-action seems to be the best solution.