



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Etat des lieux des pratiques des sages-femmes lors de
la délivrance, dans les maternités publiques de la
région Lorraine*

Etude observationnelle analytique
multicentrique

Mémoire présenté et soutenu par
Legrand Charlotte

Directeur de mémoire : Lemoine Hélène

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Etat des lieux des pratiques des sages-femmes lors de
la délivrance, dans les maternités publiques de la
région Lorraine*

Etude observationnelle analytique
multicentrique

Mémoire présenté et soutenu par
Legrand Charlotte

Directeur de mémoire : Lemoine Hélène

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

A Madame Lemoine, directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et le temps consacré à mon travail.

A Madame Lingk, experte de ce mémoire pour ses encouragements, sa gentillesse et son investissement.

A toutes les autres personnes qui ont aidé et qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
1. MATERIEL ET METHODE	13
1.1. MATERIEL	13
1.2. METHODE	14
2. RESULTATS	15
2.1. POPULATION	15
2.2. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES LORS DE LA DELIVRANCE.....	16
2.3. CONFRONTATIONS DES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES AVEC LES RECOMMANDATIONS DE 2004 SUR L'HPP	18
2.4. LES FACTEURS INFLUENÇANT CES PRATIQUES	19
3. DISCUSSION	21
3.1. COMPARAISON ENTRE LES TECHNIQUES EMPLOYEES ET LA LITTERATURE	22
3.2. CONFORMITE AUX RECOMMANDATIONS.....	26
3.3. CRITERES INFLUENÇANT LES PRATIQUES.....	28
3.4. CRITIQUES DE L'ETUDE	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
TABLE DES MATIERES	38
ANNEXES	39

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DA : Délivrance Artificielle

DIU : Diplôme inter-universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post-partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RU : Révision Utérine

SDN : Salle De Naissances

UI : Unité Internationale

INTRODUCTION

De tous temps, la délivrance fut une préoccupation pour celui qui réalise l'accouchement. En 1773, l'Abrégé de l'art des accouchements écrit par Marguerite Ducoudray, décrivait la manière d'entreprendre la délivrance :« *On prendra le cordon, après l'avoir enveloppé d'un linge sec, pour qu'il ne glisse pas, si l'on aime mieux en faire plusieurs tours à la main gauche, tandis que de la droite on le suivra en allongeant le doigt indice dessus juss moins qu'à l'entrée de la partie de la femme ; on le balancera à droite et à gauche, en le tirant tout doucement à soi pour qu'il se détache peu à peu. On recommandera à la femme de pousser doucement en bas, on la fera souffler dans la main ; et on lui frotera légèrement le ventre à la région de la matrice ; si l'arrière-faix n'est pas trop adhérent, il se détachera comme de lui-même, par ces différents moyens. (...)*»et abordait la prévention du risque d'hémorragie qui reposait déjà sur l'expulsion de la totalité du placenta et des membranes qui l'accompagnent [1].

Environ 56% des accouchements en 2010, sont réalisés à la maternité par les sages-femmes (maternités publiques et cliniques confondues), par conséquent elles sont en première ligne pour cette phase de l'accouchement [2]. La délivrance ou troisième phase du travail, constitue l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes) ; cette troisième phase du travail se décompose en décollement du placenta, migration de celui-ci, puis rétraction utérine assurant l'hémostase de la « plaie » placentaire, sous l'effet des contractions utérines [3].

Cette période de l'accouchement est à risque et redoutée par le professionnel réalisant l'accouchement, car, en France, les premières causes directes de mortalité maternelle c'est à dire « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison [...] pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [4] » ; sont les hémorragies obstétricales, qui représentent 18% des décès ; et environ 45% d'entre elles sont des Hémorragies du Post-Partum (HPP) [4] [5]. Ces dernières se définissent par des pertes sanguines de plus de 500 ml dans les 24h qui suivent la naissance.

C'est une spécificité de la France, car dans d'autres pays comme l'Angleterre ou les Pays-Bas les hémorragies du post-partum sont au second rang des étiologies après les pathologies thromboemboliques.

Cinquante pour cent des décès maternels seraient évitables, particulièrement ceux dus à l'HPP, ceci constitue un réel enjeu de Santé Publique. Cette évitabilité est rapportée à un retard au diagnostic ou à un retard d'intervention. [6]

Ainsi le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont rédigé des recommandations en 2004 afin d'améliorer les pratiques et de les uniformiser. Celles-ci préconisent une prise en charge active de la délivrance avec une injection de 5 ou 10 UI d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure, correspondant à la délivrance dirigée, ou une fois le placenta délivré et une traction contrôlée du cordon associée à une contrepression sus-pubienne [7][8].

Ces recommandations sont applicables à chaque accouchement car la majorité des hémorragies du post-partum survient sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement retrouvé. Il est donc impossible de recommander une stratégie de prévention qui reposerait sur l'identification de facteurs de risque, selon le CNGOF.

La principale étiologie de l'hémorragie du post-partum est l'atonie utérine. Elle est souvent associée à la deuxième cause qui est la rétention placentaire [2]; celle-ci se définit par la persistance de la totalité ou d'un fragment de placenta dans la cavité utérine. C'est lorsque l'on a passé le délai de 30 minutes après la naissance de l'enfant que l'on parle de rétention placentaire totale. Le diagnostic de rétention partielle est posé par la personne qui réalise l'accouchement après l'examen du placenta. En dehors, du risque hémorragique, il est considéré qu'il y a retard à la délivrance au-delà de 30 minutes après la naissance. L'incidence des HPP est stable pendant les 30 premières minutes et augmente rapidement au-delà. Il est donc justifié en l'absence d'hémorragie, d'attendre 30 minutes avant de réaliser une délivrance artificielle, suivie d'une révision utérine. La délivrance artificielle, présentant des risques d'infection, d'hémorragie, d'aggravation d'une déchirure préexistante, de choc vagal si anesthésie insuffisante ; la sage-femme ou le gynécologue obstétricien doit dans les 30 premières minutes réaliser des gestes techniques afin de favoriser cette délivrance.

L'ensemble des différentes pratiques ajoutée à la délivrance dirigée (injection des 5UI d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure) est qualifiée de prise en charge active. Dans cette délivrance, les techniques alliées à la délivrance dirigée sont le clampage précoce du cordon, la traction contrôlée du cordon associée à une contrepression sus-pubienne.

Par définition, une délivrance naturelle est le seul fait des efforts maternels associés à la gravité ; à la différence d'une délivrance assistée qui correspond à l'ensemble des techniques pouvant faciliter la délivrance hors délivrance dirigée.

Selon l'essai randomisé de Prendiville WJP et al., la gestion active de la troisième phase du travail permettrait de diminuer les pertes sanguines avec une différence moyenne pondérée de 79,3 millilitres, Intervalle de Confiance IC_{95%} [94,3 ; 64,4], la durée de la délivrance avec une différence moyenne pondérée de 9,8 minutes IC_{95%} [10,0 ; 9,5] et l'incidence de l'hémorragie du post-partum, Risque Relatif (RR) 0,4, IC_{95%} [0. 3 ; 0. 5] [9]. Cependant, une action mal menée fait partie des étiologies de la rétention placentaire au même titre que les troubles dynamiques à type d'inertie ou d'hypertonie utérine, les adhérences anormales du placenta à la caduque et/ou au myomètre, les anomalies morphologiques placentaires.

Parmi, les pratiques pouvant être liées à la délivrance dirigée, quatre sont citées dans les recommandations de 2004 : la contrepression sus-pubienne, la traction contrôlée du cordon et le sondage vésical.

La contrepression sus-pubienne permet de déplisser le segment inférieur, elle est souvent employée pour vérifier le décollement du placenta. Quant à la traction contrôlée du cordon, elle doit être associée à celle-ci afin de prévenir le risque d'inversion utérine. Egalement, ces recommandations de 2004, mentionnent le sondage vésical, car son rôle mécanique, permet de favoriser la rétraction et les contractions utérines, cependant le sondage est fréquemment réalisé avant le début des efforts expulsifs. La quatrième pratique citée par le CNGOF et l'HAS est le massage utérin : ce dernier a pour objectif de stimuler l'utérus pour qu'il se contracte, il est recommandé lors d'une hémorragie de la délivrance, mais ce geste doit obligatoirement être réalisé après une délivrance complète [7] [8].

Certaines pratiques, même si elles ne font pas partie des recommandations, peuvent avoir un effet bénéfique.

Parmi ces méthodes nous avons, le clampage précoce du cordon, qui s'effectue dans les 10 à 20 secondes après la naissance, à l'inverse du clampage tardif qui se fait dans les 2 ou 3 minutes qui suivent la naissance. Ce clampage précoce apporte un rôle bénéfique sur l'incidence du taux d'ictères néonataux nécessitant une photothérapie [10].

Peuvent être citées également, le drainage du cordon qui consiste à déclamer le cordon ombilical côté placenta pour laisser le sang s'écouler librement. Il diminue le temps de la délivrance de 2,9 min, IC_{95%} [4,0 ; 1,7] ; l'augmentation de la troisième phase du travail étant un facteur de risque pour l'HPP, et réduit la quantité moyenne de sang perdu de 77ml, IC_{95%} [113,7 ; 40,3], selon les recherches dans le registre des essais contrôlés randomisés du groupe Cochrane de H.Soltani et al. En revanche, les résultats concernant l'incidence de l'extraction manuelle du placenta et de l'hémorragie du post-partum sont peu significatifs [11].

L'acupuncture au point Ren Mai 6, quant à elle, réduirait significativement le temps de la délivrance, avec une différence moyenne de 9,3min; 15,2min dans le groupe témoin, IC_{95%} [12,7 ; 17,7], contre 5,2min dans le groupe de l'intervention, IC_{95%} [4,7 ; 5,8], d'après l'essai contrôlé randomisé de J. Garcia-Gonzalo et ses collaborateurs. Cette pratique nécessite un diplôme inter-universitaire, qui est disponible dans au moins 5 facultés de médecine en France [12]. Jusqu'en 2010, une formation d'acupuncture obstétricale existait, mais étant jugée incomplète, elle n'est plus proposée.

Cependant, d'autres pratiques sont à éviter, telles que l'expression utérine et la poussée bloquée. L'expression utérine provoque un appui sur l'utérus et une distension des ligaments, elle peut donc être à l'origine d'inversion utérine [13]. Parfois, le professionnel réalisant l'accouchement sollicite la participation active de la parturiente en lui demandant d'exercer une poussée bloquée afin de faciliter la délivrance. Celle-ci, tout comme l'expression utérine peut être source de prolapsus. Effectivement, cette poussée utilise les poumons lorsqu'ils sont pleins, le diaphragme est alors poussé vers le bas et la contraction des abdominaux amène une hyperpression importante sur le périnée et les organes pelviens.

Au contraire, lorsque l'effort est exécuté au moment de l'expiration, le diaphragme remonte, le périnée se contracte et la pression n'augmente pas dans l'abdomen : il s'agit de la pression sur l'expiration qui est à favoriser pour respecter la physiologie [14].

Pour certaines pratiques, peu d'études démontrant leur efficacité ont été retrouvées dans la littérature. C'est le cas pour la fausse inspiration thoracique, l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale, la mise au sein précoce et le Shiatsu souvent appelé digitopuncture.

Dans un de ses ouvrages « Bien-être et maternité », Bernadette De Gasquet, fait référence à la fausse inspiration thoracique, qui consiste selon elle à : « *stimuler un utérus un peu fatigué, pour faire glisser un placenta décollé sans pousser sur le fond utérin ; elle nécessite d'avoir le bassin bien positionné sans cambrure, d'expirer, de se pincer le nez et de fermer la bouche, puis de faire semblant d'inspirer dans la poitrine en remontant le sternum* ». D'après Bernadette De Gasquet, cette pratique est très efficace et semblerait palier au problème à long terme de prolapsus [15].

Concernant l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale, elle est employée pour la prise en charge de la rétention placentaire. Ce geste permettrait qu'il y ait expulsion du placenta sans avoir recours à la délivrance artificielle [16].

Par une décharge ocytocique due à la stimulation du mamelon, la mise au sein précoce a pour objectif de diminuer la fréquence des HPP. Mais d'après l'essai randomisé contrôlé de CH. Bullough, RS. Msuku, L. Karonde, la fréquence des HPP était de 7.9 % dans le groupe d'enfant au sein et de 8.4 % dans le groupe contrôle, $p > 0,6$; IC_{95%} [-2,1% ; +1,2%], et la perte de sang moyenne de 258 millilitres et de 256 millilitres, respectivement [17]. Aucun de ces résultats n'a différé de façon significative entre les groupes.

Le shiatsu, fréquemment appelé digitopuncture, est une thérapie qui est née au Japon et qui consiste en une pression des doigts à divers endroits du corps, là où sont situés les points d'acupression, et souvent le long des méridiens. Elle s'apparente à l'acupuncture et comme elle, cette pratique nécessite une formation spécifique. Elle est employée par certains professionnels de santé pour la grossesse, l'accouchement et la délivrance. Aucune étude n'a été retrouvée à son sujet.

Ce sont toutes ces techniques employées lors de la délivrance, qui ont motivé notre étude. La problématique posée est la suivante : Quelles sont les pratiques actuelles des sages-femmes en Lorraine ?

Pour répondre à cette question, notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels dans cette région.

Concernant les objectifs secondaires, il s'agissait de confronter les pratiques des sages-femmes avec les recommandations actuelles et de mettre en évidence les facteurs influençant les pratiques.

Les hypothèses de ce travail étaient les suivantes :

- Lors de la délivrance, il existe une diversité des pratiques au sein même de la profession de sage-femme et certaines techniques sont moins employées.
- Certaines recommandations ne sont pas toutes appliquées.
- Certaines caractéristiques des sages-femmes influencent les pratiques.

1. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle analytique multicentrique réalisée à partir de questionnaires distribués aux sages-femmes de Lorraine. L'étude a débuté le 21 octobre 2014 et s'est achevée le 21 février 2015 soit une durée totale de 4 mois.

1.1. MATERIEL

La population étudiée était composée de sages-femmes exerçant en salle de naissances, dans les maternités publiques de Lorraine.

Cette région étant composée de 19 maternités, dont 3 privées et 16 publiques avec 1 type 3, 6 type 2, 9 type 1.

1.1.1. Critères d'inclusion

- En activité
- Dans une maternité publique, exerçant en salle de naissances
- En Lorraine

1.1.2. Critères de non inclusion

- Les établissements privés
- Les sages-femmes réalisant des accouchements à domicile
- Les gynécologues-obstétriciens

Dans les maternités publiques de Lorraine, 287 sages-femmes exercent en salle de naissances. Le recensement du nombre de sages-femmes a été effectué auprès des sages-femmes cadres des différentes maternités.

Pour les 16 maternités publiques, 287 questionnaires ont été envoyés, 15 maternités ont répondu, le retour a été de 135 questionnaires remplis anonymement; tous exploitables.

1.2. METHODE

Une revue de la littérature a précédé l'élaboration des questionnaires.

Ce questionnaire reprenait les critères portant sur la formation initiale, le parcours professionnel, les différentes pratiques pouvant faciliter la délivrance et la délivrance artificielle/révision utérine.

Il a été testé sur les sages-femmes qui exerçaient au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dijon car cette population avait des caractéristiques semblables à notre population cible sans être incluse dans celle-ci.

Après avoir reçu l'accord des sages-femmes cadres, l'envoi des questionnaires papiers aux différentes maternités par voie postale a été mutualisé avec l'étude intitulée « Analyse qualitative des efforts expulsifs maternels » menée par une autre étudiante.

La région Lorraine a été choisie car elle permettait un listing exhaustif (nombreuses maternités et 3 types différents) qui pouvait présenter différentes prises en charge ainsi que pour des raisons personnelles.

1.2.1. Calcul du taux de réponse

Un taux de réponse de 30% était nécessaire pour que l'étude soit représentative, soit 86 questionnaires.

Le nombre de questionnaires reçus et exploitables était de 135, soit un taux de réponse de 47%. L'étude était représentative au regard de la population cible.

1.2.2. Analyses statistiques

Nous avons utilisé le logiciel Open Office Calc, afin de réaliser les tableaux croisés dynamiques, les diagrammes ainsi que les tests statistiques.

Le test du Chi² et le test de Fisher étaient les tests de comparaisons utilisés pour analyser les variables qualitatives. Un seuil à 5% comme seuil de signification ($p \leq 0,05$) a été choisi.

2. RESULTATS

2.1. Population

La population était composée de 135 sages-femmes exerçant en salle de naissances. Elles avaient obtenu leur diplôme il y a en moyenne 14,2 ans, écart-type à 9,6 et la moyenne d'exercice dans ce service était de 12,2 ans avec un écart-type à 9,42.

La répartition est représentée par la Figure 1.

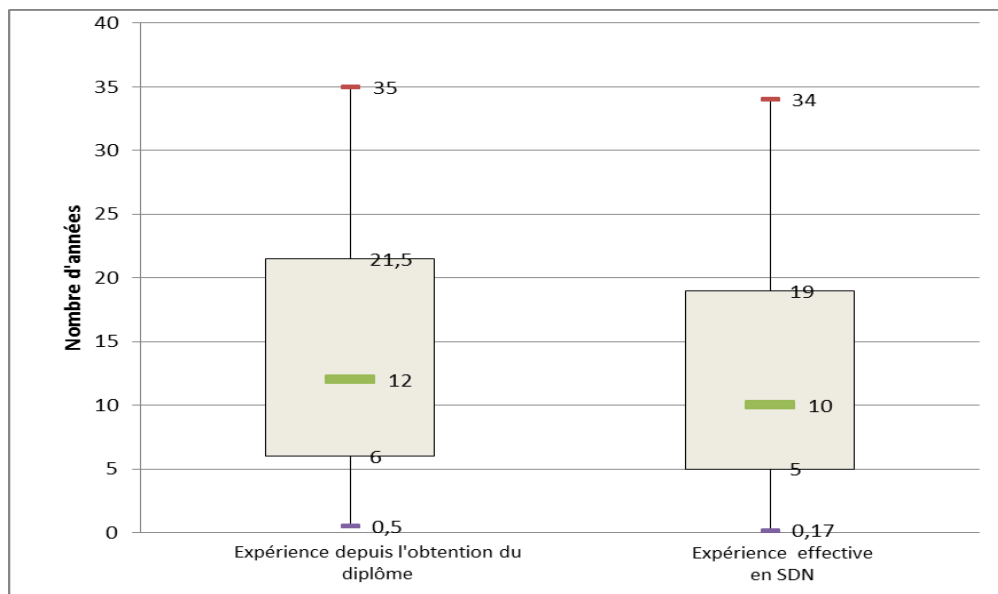


Figure.1 : Années d'expérience de la population incluse dans l'étude

Plus des 3/4 des sages-femmes (n=87) avaient directement exercé en SDN après leur obtention de diplôme.

Dans la population cible, 87% (n=117) des sages-femmes avaient effectué leurs études dans la région Lorraine ; 10% (n=14) dans les autres régions de France toutes confondues et 3% (n=4) en Belgique.

Parmi celles ayant effectué leurs études en France, les 3 réformes des études de sages-femmes étaient retrouvées (Figure 2). La population issue de la formation de 3 ans [1980-1989] sera nommée P1, celle issue de 4 ans [1990-2006] P2, celle issue de 5 ans [2007-2014] P3 et celle issue de la formation Belge P4.

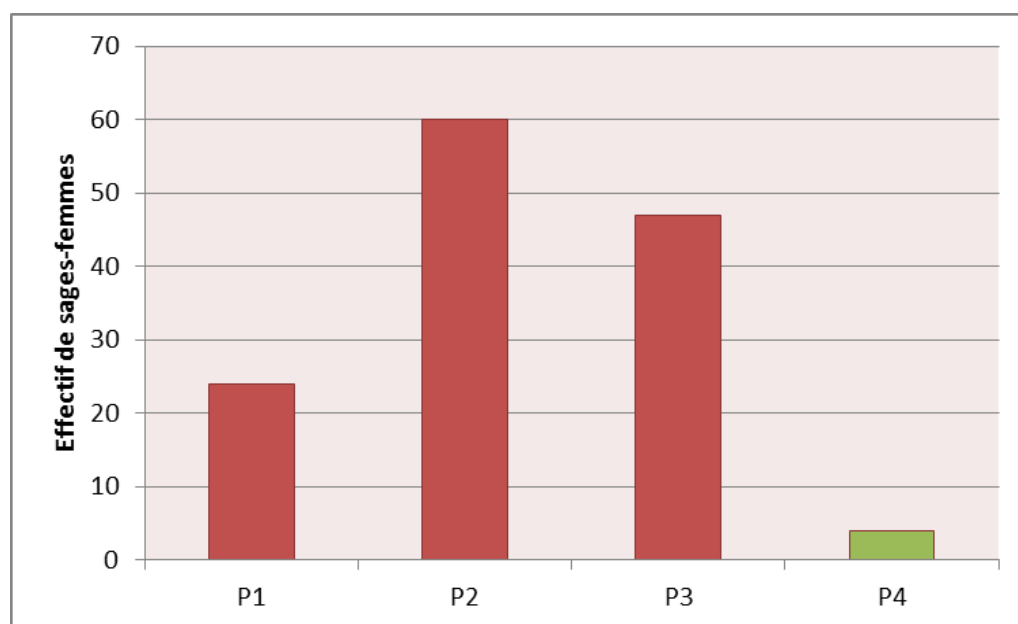


Figure 2 : Effectif de sages-femmes en fonction des réformes des études de sages-femmes

Les sages-femmes se répartissaient dans les différents types de maternités de la manière suivante :

- 50% Type 1
- 37% Type 2
- 13% Type 3

2.2. Etat des lieux des pratiques lors de la délivrance

Le clampage précoce du cordon était toujours réalisé pour 55% des sages-femmes, contre 32% qui le réalisaient parfois et 13% qui ne le réalisaient jamais.

Les justifications données par 48% d'entre-elles sont représentées par la figure 3.

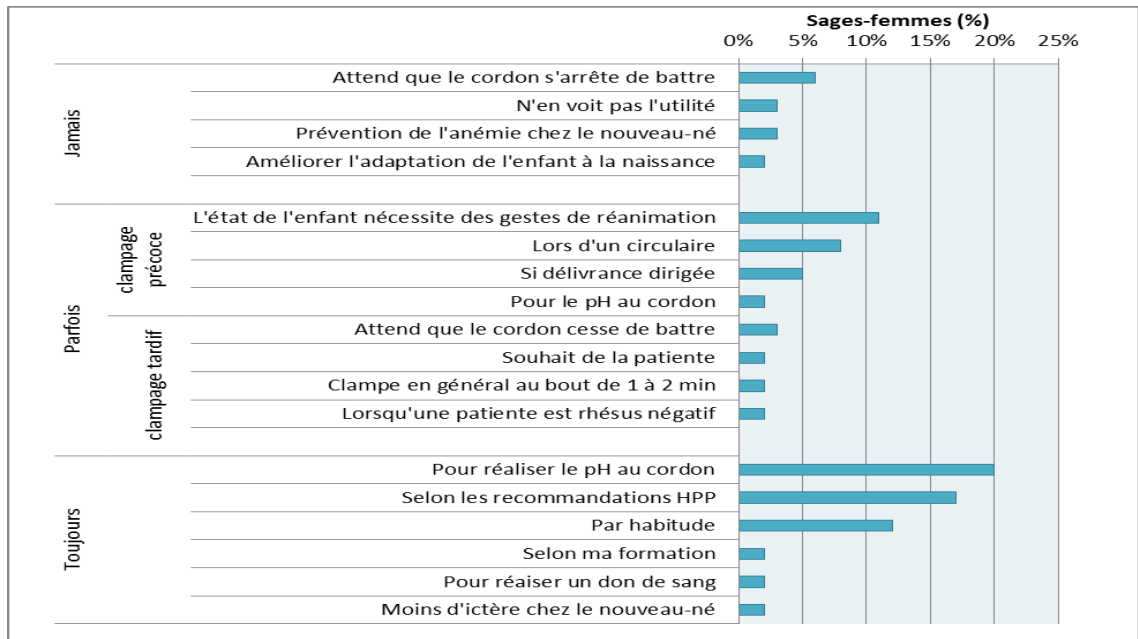


Figure.3 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes réalisent ou ne réalisent pas le clampage précoce

Les sages-femmes ont répondu attendre en moyenne 20,1 min lors d'une délivrance naturelle avec une médiane à 20 et un écart-type à 10,9, contre une moyenne de 14,1 min lors d'une délivrance dirigée avec une médiane à 15 et un écart-type à 9,4, avant de réaliser les différentes pratiques afin de faciliter la délivrance (Figure 4).

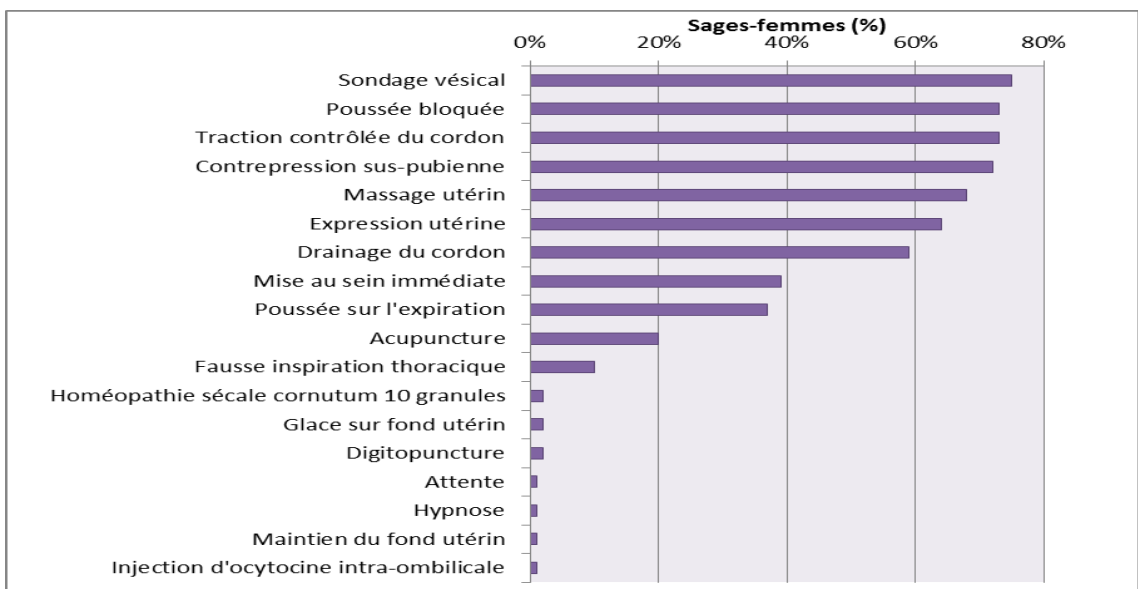


Figure.4 : Pratiques employées par les sages-femmes lors de la délivrance

Concernant la délivrance artificielle et la révision utérine (DA/RU), 1/3 ne les réalisaient jamais, 61% parfois et 6% toujours. Les sages-femmes réalisant parfois une délivrance artificielle et/ou révision utérine ont répondu l'effectuer seulement en cas d'urgence pour plus des 3/4 et pour une minorité sur la demande du gynécologue-obstétricien.

A l'inverse, les raisons de celles ayant répondu parfois ou jamais ne pas pratiquer de DA/RU sont représentées par la figure 5.

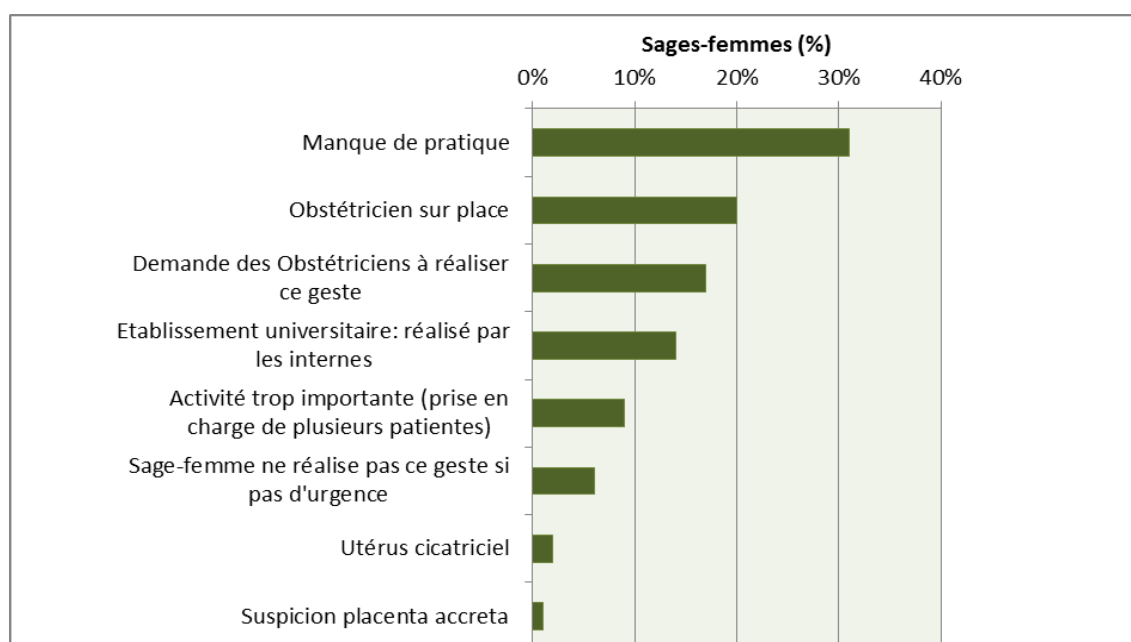


Figure.5 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne réalisent pas de DA/RU.

2.3. Confrontations des pratiques des sages-femmes avec les recommandations de 2004 sur l'HPP

Dans notre population, 82% des sages-femmes réalisaient toujours une injection de 5UI d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure, contre 16% qui disaient la réaliser « parfois, en fonction du contexte » et 2% « jamais ».

Pour celles réalisant « parfois, en fonction du contexte » ou « jamais » l'injection d'ocytocine, 64% ont répondu par les raisons représentées par la Figure 6, les autres raisons étant pour 44% d'entre-elles, l'absence d'une tierce-personne, pour 16% le manque d'indication et pour 8% l'oubli.

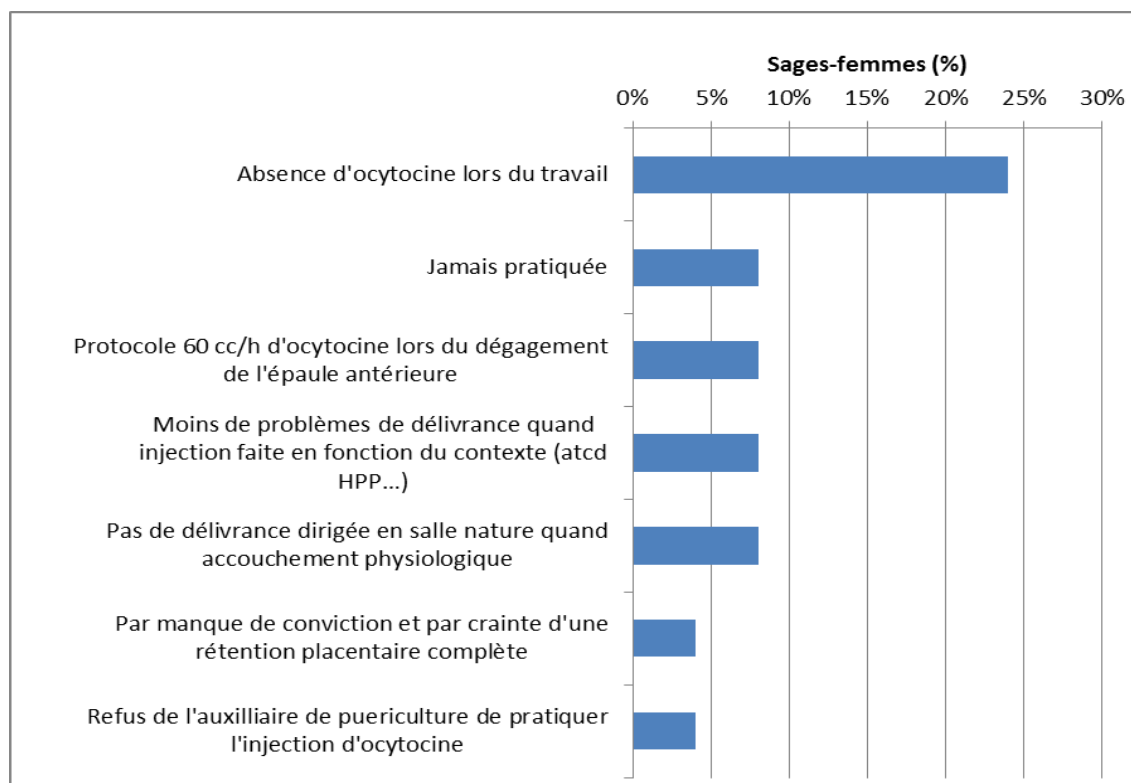


Figure.6 : Raisons données par les sages-femmes ayant répondu ne réaliser jamais ou parfois une injection d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure

La traction contrôlée du cordon est employée par 73% des sages-femmes, 72% employaient la contrepression sus-pubienne. Cinquante-cinq pour cent utilisaient ces deux pratiques lors de la délivrance et parmi celles-ci 14% effectuaient la contrepression sus pubienne associée à une traction contrôlée du cordon.

2.4. Les facteurs influençant ces pratiques

L'ensemble des résultats de cette partie sont regroupés en Annexe 2. Le tableau 1 représente les principaux résultats.

Tableau.1 : Existence pour chaque pratique d'une relation avec différentes variables ; avec un risque $\alpha = 0,05$.

	Nombre d'années d'études ¹			Type de maternité			DIU ou Formation	
	P1	P2+P4	P3	Type 1	Type 2	Type 3	Avec	Sans
Effectif n=135	n=24	n=64	n=47	n=67	n=50	n=18	n=31	n=104
Contrepression sus-pubienne								
Effectif (n) réalisant cette pratique	15(63%)	42(66%)	40(85%)					
p	0,04							
Sondage vésical								
Effectif (n) réalisant cette pratique				46(23%)	37(74%)	18(100%)		
p				0,01				
Massage utérin								
Effectif (n) réalisant cette pratique				53(79%)	24(48%)	15 (83%)		
p				0,0007				
Expression utérine								
Effectif (n) réalisant cette pratique	19(79%)	44(69%)	24(51%)					
p	0,04							
Poussée bloquée								
Effectifs(n) réalisant cette pratique	13(54%)	44(69%)	41(87%)					
p	0,008							
Poussée sur l'expiration								
Effectif (n) réalisant cette pratique							19(61%)	31(30%)
p							0,001	
Acupuncture								
Effectif (n) réalisant cette pratique				7(10%)	14(28%)	6(33%)	13(42%)	14(14%)
p				0,01			0,0005	
DA/RU								
Effectif (n) réalisant cette pratique	15(63%)	36(56%)	40(85%)	49(73%)	35(70%)	7 (39%)		
p	0,005			0,02				

1. Années d'études définies par l'encadrement des années d'obtention du diplôme: 3 ans [1980-1989] ; 4 ans [1990-2006] ; 5 ans [2007-2014]

3. DISCUSSION

Les sages-femmes favorisaient toutes la délivrance en employant des pratiques variées et 82 % réalisaient toujours une délivrance dirigée.

Au total, nous avons pu dénombrer 18 techniques. Plus de la moitié des sages-femmes employaient une ou plusieurs pratiques suivantes : le sondage vésical, la poussée bloquée, la traction contrôlée du cordon, la contrepression sus-pubienne, le massage utérin, l'expression utérine et le drainage du cordon.

Dans notre étude, 87% de notre population réalisaient toujours ou parfois un clampage précoce du cordon

Selon la littérature, lors d'une prise en charge active de la délivrance avec administration d'ocytocine, 50% des délivrances se déroulaient dans les 5 minutes qui suivaient l'accouchement et dans 90% des cas la délivrance survenait dans les 15 minutes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ajoute que lors de cette prise en charge, la durée moyenne de la troisième période de l'accouchement est de 8,3 minutes ; si elle dure plus de 18 minutes, elle s'associe au risque important d'une HPP et si elle dure plus de 30 minutes, le nombre d'hémorragies du post-partum est multiplié par 6.

En outre, les sages-femmes de notre étude qui effectuaient une délivrance dirigée ; déclaraient attendre en moyenne 14,1min [2min ; 35min] et un écart-type à 9,4min; avant d'effectuer un geste technique comme la traction contrôlée du cordon contre une moyenne de 20,1 min [5min ; 45min] et un écart-type de 10,9 pour une délivrance normale naturelle. Cet écart de temps entre ces deux délivrances est en concordance avec les données actuelles.

Ces valeurs recueillies différaient des données retrouvées dans la littérature. En effet, les durées mentionnées par les sages-femmes correspondaient davantage au moment de la réalisation d'une délivrance artificielle plutôt qu'au temps d'expectation précédant la réalisation des pratiques favorisant la délivrance.

Un tiers des sages-femmes n'effectuaient jamais de délivrance artificielle ou de révision utérine et 20% le justifiaient par la présence de l'obstétricien dans les locaux. Cela a entraîné une diminution de la réalisation de cet acte par les sages-femmes, expliquant le manque de pratique, justification donnée par 31% d'entre-elles.

3.1. COMPARAISON ENTRE LES TECHNIQUES EMPLOYEES ET LA LITTERATURE

3.1.1. Pratiques en adéquation avec la littérature

Bien que le clampage précoce soit l'une des principales techniques de la gestion active de la délivrance, l'étude basée sur les essais comparatifs randomisés issus du groupe Cochrane, de McDonald SJ et al., n'a démontré aucune différence significative entre clampage précoce et clampage tardif concernant les HPP ou HPP sévères, Risque relatif (RR) pour les HPP supérieures ou égales à 500 ml = 1,22, IC_{95%} [0,9 ; 1,6] [10].

Dans notre questionnaire la distinction entre accouchement à terme et accouchement prématuré n'avait pas été précisée. Cependant, notre étude a permis de démontrer que la moitié des sages-femmes réalisait toujours un clampage précoce, tandis que l'autre moitié ne pratiquait jamais ou peu cet acte. Chaque justification donnée par les sages-femmes était cohérente avec la littérature, puisque le clampage précoce et le clampage tardif peuvent tous les deux, en fonction du contexte apporter un effet bénéfique du point de vue néonatal.

Pour le cas d'un nouveau-né prématuré, selon la méta-analyse de H. Rabe, G. Reynolds, J. Diaz-Rossello ; il est démontré que le clampage au-delà de 30 secondes augmente significativement le taux de l'hématocrite à la naissance ($p=0,0007$), diminue le nombre des nouveau-nés transfusés pour anémie ($p=0,005$) et diminue le nombre des hémorragies intra-ventriculaires ($p=0,002$) [10].

Concernant les nouveau-nés à terme, l'étude issue du groupe Cochrane citée précédemment ; montrait une augmentation significative du recours à la photothérapie pour ictère, RR=0,59, IC_{95%} [0,4 ; 0,9], dans le groupe clampage tardif comparativement aux nouveau-nés ayant bénéficié d'un clampage précoce. A l'inverse, le taux de ferritine chez les nouveau-nés ayant eu un clampage tardif restait plus élevé à six mois, RR=2,65, IC_{95%} [1,0 ; 6,7], que chez les nouveau-nés avec un clampage précoce. Ce dernier point, pourrait être cliniquement important en particulier pour les nouveau-nés des milieux défavorisés ayant difficilement accès à une nutrition de bonne qualité.

Les deux temps de clampage, ont effectivement chacun un effet bénéfique mais ne réduisent pas significativement l'incidence des HPP. Le clampage tardif est à favoriser en cas d'accouchement prématuré.

Lors d'un accouchement à terme, le clampage précoce et tardif ne présentant pas d'effet délétère, ils peuvent tous les deux être effectués. [10]

Le drainage est employé par 59% des sages-femmes et le sondage vésical par les 3/4 d'entre-elles. Même si ces deux pratiques n'ont pas montré de diminution significative du taux d'HPP, les recherches dans le registre des essais contrôlés randomisés du groupe Cochrane de H.Soltanil et al. et les connaissances de la mécanique obstétricale, ont démontré la place de ces deux pratiques dans la direction assistée [11].

L'acupuncture est également une technique utilisée lors de la prise en charge de la délivrance. D'après l'essai contrôlé randomisé de J. Garcia-Gonzalo et al., l'acupuncture au point Ren Mai 6 réduirait significativement le temps de la délivrance [12].

Le point Ren Mai 6 n'est pas le seul point pouvant être employé afin de faciliter la délivrance puisqu'une vingtaine de points ont été recensés [18].

Dans notre étude, 20% des sages-femmes interrogées avaient recours à l'acupuncture afin de faciliter la délivrance. Parmi elles, une sur deux avaient un DIU ou une formation. Peu de sages-femmes, avaient répondu faire appel à une de leur collègue formée à cette pratique, et rares sont celles qui employaient la digitopuncture.

L'acupuncture peut être employée seule ou en association avec l'ocytocine. Il s'agit d'une technique simple, peu coûteuse, qui semble être efficace mais qui requiert une formation spécifique.

3.1.2. Pratiques moins rencontrées dans la littérature

Dans notre population cible, 39% des sages-femmes, déclaraient avoir recours à la mise au sein précoce, afin de favoriser la rétraction utérine. L'essai randomisé contrôlé de CH. Bullough, RS. Msuku, L. Karonde n'avait pourtant mis en évidence aucune réduction de la fréquence des HPP et aucune diminution des pertes sanguines [17]. Il s'agit de la seule analyse retrouvée dans la littérature.

Dans notre étude, une seule sage-femme avait précisé ne pas réaliser la délivrance dirigée dans le suivi d'un travail physiologique sans analgésie péridurale, et utilisait pour compenser la mise au sein précoce. Cette méthode nécessite une bonne succion du nouveau-né, ce n'est pas toujours le cas dans les premières heures de vie.

La fausse inspiration thoracique décrite par B. De Gasquet, est réalisée par 10% des sages-femmes de notre étude mais inconnue pour 37% d'entre-elles. Cette pratique semble respecter la physiologie, il serait alors intéressant de réaliser une étude afin de justifier d'une éventuelle efficacité. Les sages-femmes qui ont recours à cette technique ont dû l'apprendre lors d'une formation ou par leurs pairs.

A peine 2% des sages-femmes utilisaient l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale et elles étaient nombreuses (61%) à ne pas en avoir connaissance. Elle était utilisée dans le but d'éviter une délivrance artificielle, or l'étude de J.M. Nardin, A. Weeks, G. Carroli, basée sur les essais randomisés de la base Cochrane, n'avait mis en évidence aucune réduction du recours à la délivrance artificielle, RR 0,87, IC_{95%} [0.7 ; 1.0] [16]. Des études complémentaires seraient nécessaires pour confirmer ce résultat.

Aucun effet bénéfique mais également aucun effet délétère n'ont été démontrés. L'inefficacité prouvée de l'injection d'ocytocine dans la veine ombilicale, pourrait expliquer la méconnaissance des sages-femmes à ce sujet, puisque toute technique non efficace ne doit être plébiscitée.

D'autres pratiques comme l'homéopathie, l'hypnose, le maintien du fond utérin dans l'axe, la glace sur le fond utérin, l'attente, ont été citées par 5% de notre population. A notre connaissance aucune étude portant sur ces pratiques n'a été retrouvée.

3.1.3. Pratiques controversées

Trois pratiques sont à éviter ou à différer : l'expression utérine, la poussée bloquée et le massage utérin.

L'expression utérine est employée par 64% des sages-femmes ; parmi lesquelles une majorité (53%) demandait à la parturiente d'exercer la poussée bloquée, avant de réaliser l'expression utérine.

Nous pouvons interpréter ce résultat, de la manière suivante. Les sages-femmes connaissaient les effets délétères de l'expression utérine, de ce fait elles employaient en première intention la poussée bloquée. Dans le cas où cette poussée était inefficace ; pouvant être due à la fatigue maternelle ; les sages-femmes avaient recours à l'expression utérine, afin de réduire le temps de la délivrance et ne pas dépasser les 30min autorisées.

Néanmoins, dans une étude prospective de C. S. Buhimschia et al., l'analyse de la pression intra-utérine a été enregistrée au repos, lors des contractions utérines et/ou des manœuvres de Valsalva (poussée bloquée) et/ou de l'expression abdominale chez 40 femmes enceintes. Les auteurs ont observé que la manœuvre de Valsalva réalisée durant une contraction a accru la force expulsive de cette contraction de 55%, alors qu'une augmentation de seulement 28% était observée avec l'expression abdominale [19]. Dans un essai prospectif randomisé contrôlé, du Dr E. Rodriguez, l'expression utérine était associée à une durée plus longue de la troisième phase de travail, atteignant 8,0min contre 6,1min et à une diminution du taux d'hémoglobine post-accouchement passant de 1,8g/dl à 1,4g/dl [20]. Cependant, nous n'avons pas retrouvé la significativité de ces données, ces résultats sont donc à confirmer.

La question de cette pratique lors de la délivrance se pose, car elle est proscrite durant l'accouchement par l'HAS [21]. Effectivement, l'application d'une expression abdominale sur un utérus souple est considérée comme une des causes possibles d'inversion utérine. Ce geste cause de l'inconfort voire de la douleur pour la patiente et sur le long terme des prolapsus [13].

Il serait par conséquent, préférable de ne plus avoir recours à l'expression utérine et d'utiliser la poussée active de la parturiente en employant de préférence la poussée sur l'expiration à la place de la poussée bloquée. Cette dernière méthode, favorisant les prolapsus.

La poussée sur l'expiration est utilisée par 1/3 des sages-femmes de notre étude et 73% employaient la poussée bloquée. Certaines, déclaraient avoir recours à ces deux pratiques. Pour une poussée sur l'expiration efficace, il semblerait essentiel d'avoir suivi des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) adaptés. En effet, une bonne maîtrise de cette poussée est nécessaire. De ce fait, lors de l'accouchement, les sages-femmes orienteront plus facilement leur patiente vers la poussée bloquée.

3.2. CONFORMITE AUX RECOMMANDATIONS

Notre questionnaire avait été rédigé avant la publication des recommandations sur l'HPP de décembre 2014. Les questions posées faisaient alors référence à celles de 2004.

3.2.1. La délivrance dirigée

Plus de 80% des sages-femmes ont répondu réaliser toujours une injection de 5UI d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure.

Pour celles réalisant parfois ou jamais l'injection, l'absence d'une tierce personne était pour 44% la raison de non réalisation de l'injection.

D'après l'HAS, lors d'un accouchement, deux personnes aux compétences professionnelles adéquates sont nécessaires afin de pouvoir réaliser une délivrance dirigée. Cela est rarement le cas, ce qui pose un problème d'organisation [7].

Dans les recommandations de 2004, le CNGOF et l'HAS, préconisaient de réaliser l'injection d'ocytocine soit au dégagement de l'épaule antérieure soit après l'expulsion du placenta et dans celles de 2014, ils ont ajouté qu'elle pouvait aussi être effectuée rapidement après la naissance [22].

De plus, l'étude de Soltani, Hutchon et Poulouze ; effectuée à partir du registre des essais cliniques du groupe Cochrane ; étudiant l'administration d'ocytocine avant et après l'expulsion du placenta ; montre que le moment de l'administration n'influence pas de manière significative l'incidence des HPP, RR=0,8, IC_{95%} [0,6 ; 1,0], n=1667 ; des HPP sévères, RR=0,9, IC_{95%} [0,5 ; 1,9], n=130 ; la rétention placentaire, RR=0,8, IC_{95%} [0,8 ; 3,1], n=1667 ; de la durée de la délivrance, différence moyenne (DM) -0,30, IC_{95%} [-0,9 ; 0,4], n=1667 ; des pertes de sang (ml), DM 22,32, IC_{95%} [58,2 ; 102,9], n=181 [23].

De ce fait, les 5 UI d'ocytocine pourraient être injectées par la personne réalisant l'accouchement. Notre étude tendait à proposer une nouvelle organisation qui pourrait permettre à certains établissements de se conformer aux recommandations.

3.2.2. Les pratiques associées à cette délivrance dirigée

Dans les recommandations de l'HPP de 2004, le CNGOF et l'HAS préconisaient au moment du décollement placentaire une traction contrôlée du cordon associée à une contrepression sus-pubienne. Notre étude a démontré que 55% des sages-femmes, utilisaient la traction contrôlée du cordon et la contrepression sus-pubienne lors de la délivrance, mais parmi elles seulement 14% employaient ces deux pratiques simultanément. Or, si cette contre-pression n'est pas réalisée le risque d'inversion utérine apparaît [8].

Les nouvelles recommandations de 2014 du CNGOF, ne préconisent plus de traction contrôlée du cordon car elle ne semblait pas avoir d'impact sur l'incidence de l'HPP [22].

En effet, dans l'étude de Du Y et al., effectuée à partir de 5 essais contrôlés randomisés, la traction contrôlée du cordon ne réduisait pas de manière significative l'incidence de l'HPP, $RR=0.91$, $IC_{95\%}[0.8 ; 1.1]$, à contrario elle diminuait significativement l'incidence des délivrances artificielles, $RR=0.70$, $IC_{95\%} [0.6 ; 0.8]$, et diminuait la troisième phase du travail de 3,2 min, $IC_{95\%} [3.19 ; 3.21]$ [24].

De plus, l'étude de Hofmeyr et al., effectuée à partir du registre des essais contrôlés randomisés du groupe Cochrane, démontrait que cette pratique avait réduit la douleur maternelle, $RR= 0.78$, $IC_{95\%} [0.6 ; 1,0]$, $n=3760$ femmes, comparée aux femmes n'ayant pas bénéficié de traction contrôlée du cordon [25].

Ce dernier point est intéressant, puisque la gestion de la douleur étant une priorité actuelle, il paraît essentiel d'avoir recours à des pratiques plus douces ou qui apportent plus de confort à la parturiente.

La traction contrôlée du cordon a réellement une place dans la troisième phase du travail, à condition d'y être associée à une contrepression sus-pubienne.

Les récentes recommandations du CNGOF de 2014 pour la prévention de l'HPP, ont également ajoutées qu'il n'y avait pas d'argument scientifique pour recommander les pratiques suivantes : un clampage tardif ou précoce, une mise au sein précoce. Concernant le clampage tardif, le CNGOF le recommande dans le cas d'accouchement prématuré, mais la question telle qu'elle était posée aux sages-femmes ne permettait pas d'évaluer la conformité de cette recommandation [26].

Le massage utérin était employé dans notre étude par 68% des sages-femmes, lors de la délivrance. Pourtant, l'HAS et le CNGOF, dans les recommandations de 2004 portant sur l'HPP, précisait qu'il devait être effectué une fois la délivrance faite, car des risques d'enchatonnements existaient, s'il était réalisé avant. De plus, les recommandations de 2014 ont précisé que le massage utérin ne diminuait pas l'incidence de l'HPP (niveau de preuve 1) [22].

3.3. CRITERES INFLUENÇANT LES PRATIQUES

3.3.1. Le nombre d'années d'études

Un lien significatif a pu être mis en évidence entre le nombre d'années d'études et la contrepression sus-pubienne ($p=0,04$), la poussée bloquée ($p=0,008$), l'expression utérine ($p=0,04$) et la DA/RU ($p=0,005$). Notre étude a démontré que la poussée bloquée, la contrepression sus-pubienne et la délivrance artificielle/révision utérine, étaient plus employées par les jeunes sages-femmes diplômées à l'inverse de l'expression utérine.

Au cours du temps, l'expression utérine semble avoir été remplacée, au profit de la poussée bloquée lors de la délivrance. Effectivement, la poussée bloquée, est majoritairement employée par les sages-femmes ayant moins d'expérience, à l'inverse de l'expression utérine.

Concernant la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine, la différence significative retrouvée en faveur des sages-femmes les moins expérimentées, peut s'expliquer par l'évolution des compétences des sages-femmes, avec la modification du code de déontologie en octobre 2006, autorisant les sages-femmes à pratiquer la délivrance artificielle, sauf en cas d'utérus cicatriciel [27]. En 2012, il y a eu un décret supprimant la mention qui stipulait « sauf en cas d'utérus cicatriciel ». Nos résultats montraient que les sages-femmes issues des 5 ans de formation semblaient davantage réaliser toujours ou parfois une délivrance artificielle.

Egalement, les plus jeunes diplômées utilisaient plus souvent la contrepression sus-pubienne pour leur pratique de la délivrance que les sages-femmes plus expérimentées. Les recommandations de 2004, ont peut-être eu une influence sur la formation des sages-femmes.

3.3.2. La corrélation entre les pratiques et les différents types de maternités

Notre étude a mis en évidence, un lien significatif entre le type de maternité et la réalisation d'un sondage vésical ($p=0,01$), d'un massage utérin ($p=0,0007$), d'une DA/RU ($p=0,02$), la pratique de l'acupuncture ($p=0,01$).

Nous avons pu constater, que le massage utérin ainsi que le sondage vésical étaient plus employés dans l'établissement de type 3. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans les types 3, le taux d'analgésie péridurale est plus élevé, entraînant des sondages urinaires plus systématiques car les mictions spontanées sont plus difficiles.

L'acupuncture était également plus employée par les sages-femmes de la maternité de type 3. Ces résultats inattendus peuvent laisser penser à une part de hasard.

Quant à la réalisation d'une délivrance artificielle et/ou d'une révision utérine, elle est plus effectuée par les sages-femmes dans les maternités de type 1 et moins effectuée par les sages-femmes dans la maternité de type 3. Effectivement, dans les types 1 le gynécologue-obstétricien n'est pas toujours sur place et particulièrement la nuit, ce qui amène la sage-femme à réaliser les gestes d'urgence comme la délivrance artificielle. En type 3, les conditions sont inversées, un grand nombre de personnes est en formation, tel que les internes, par conséquent, les sages-femmes sont amenées à moins réaliser de délivrance artificielle.

3.3.3. L'acquisition d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) ou d'une formation

Les 3/4 des sages-femmes interrogées n'avaient pas de diplôme interuniversitaire ou de formation spécifique en lien avec la délivrance.

Les seuls résultats significatifs obtenus sont pour la poussée sur l'expiration ($p=0,001$) et l'acupuncture ($p=0,0005$), et ce sont les sages-femmes du groupe « avec DIU ou formation » qui utilisent d'avantage ces deux techniques.

Concernant l'acupuncture, ce résultat était attendu puisqu'il est nécessaire de disposer d'un DIU afin d'employer cette pratique.

Pour la poussée sur l'expiration, nous pouvons supposer qu'il y a une influence des formations ayant un rapport avec les efforts expulsifs comme la formation B. De Gasquet, N.Feraido, la méthode Bonapace. Ces sages-femmes, formées qui respecte la physiologie, sont plus sensibilisées à la poussée sur l'expiration.

3.4. CRITIQUES DE L'ETUDE

3.4.1. Forces de l'étude

Au niveau de la région Lorraine, notre étude était bien représentative, puisqu'une seule maternité n'avait pas répondu. Le nombre de sages-femmes ayant répondu a constitué un taux global de 47%, ce qui est au-delà du nombre souhaité.

Cette étude a parallèlement resensibilisé les professionnels de santé.

Elle était suffisante pour obtenir des résultats significatifs, ce qui a permis de mettre en évidence des liens entre certaines pratiques et certaines caractéristiques liées aux sages-femmes.

C'est une étude qui pourrait être qualifiée d'originale car à notre connaissance, aucune étude s'intéressant à l'ensemble de ces pratiques n'a été retrouvée à ce jour dans la littérature.

3.4.2. Limites

Biais de sélection

Ce sont probablement les sages-femmes les plus sensibilisées qui ont répondu aux questionnaires, créant un biais potentiel de sélection, plus précisément de volontariat.

Notre étude, ne pouvait pas être généralisable aux autres régions, puisque la Lorraine à la particularité de ne disposer que d'un seul type 3, d'avoir une population particulière à 83% rurale et à 17% urbaine et d'être une région frontalière avec le Luxembourg, la Belgique et l'Allemagne.

Dans notre population, 3% des sages-femmes avaient étudié en Belgique, cette proportion est non négligeable. Cette particularité nous a questionné dans les analyses statistiques puisque le schéma d'études en Belgique est différent de celui de la France.

Biais d'information

Notre recueil de données était fait uniquement à partir d'un questionnaire, il manquait de fiabilité puisque les données recueillies étaient basées sur les réponses des sages-femmes et non sur des dossiers.

De plus, les éléments recueillis à la question «Après l'expulsion, quelle est la durée de votre expectative avant d'intervenir pour faciliter la délivrance, lors d'une délivrance naturelle/lors d'une délivrance dirigée ?» ne paraissaient pas cohérents, ce qui laissait supposer que la question n'était pas clairement formulée. Cet intitulé avait pourtant déjà fait l'objet d'une modification suite à la phase de tests réalisée à Dijon, mais il semblerait qu'un manque de clarté ait subsisté.

CONCLUSION

Notre étude a permis d'affirmer qu'une diversité des pratiques existait au sein des sages-femmes de la région Lorraine. Les principales pratiques recensées étaient le sondage vésical, la poussée bloquée, la traction contrôlée du cordon, la contrepression sus-pubienne, le massage utérin, l'expression utérine et le drainage du cordon. Ces techniques étaient employées par plus de la moitié des sages-femmes.

Notre étude a également confirmé que certains gestes étaient moins pratiqués par les sages-femmes, c'est le cas de la délivrance artificielle. Un tiers des sages-femmes ne la réalisait jamais.

Globalement, les pratiques des sages-femmes étaient en accord avec les recommandations, principalement celles de 2004 portant sur la délivrance dirigée systématique.


Certains facteurs influençant les pratiques ont été mis en évidence tels que l'expérience et les formations complémentaires.

Les pratiques les « plus physiologiques », n'ont pas fait l'objet d'études spécifiques démontrant leur efficacité. Celles-ci pourraient être évaluées en réalisant des études comparatives de non-infériorité entre les pratiques actuelles.

Quant aux nouvelles recommandations de 2014, elles permettront probablement d'améliorer les derniers problèmes liés à l'organisation des services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tillard B. Le placenta : entre oubli familial et investissement médical. Face à face Regards sur la santé [Internet]. 1 févr 2004 [cité 4 avr 2015];(6). Disponible sur: <http://faceaface.revues.org/371>
2. Haute Autorité de Santé. donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf [Internet]. 2012 janv [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
3. Schall J-P, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et techniques obstétricales. 4ème edition. Sauramps Medical; 2012.
4. 10-11 Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France | Académie nationale de médecine [Internet]. [cité 1 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036230/>
5. INSERM. Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf [Internet]. 2013 [cité 1 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/content/download/75445/595436/file/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>

6. Bagou G. Hémorragie du post-partum immédiat - Hemorragie_du_post-partum_immediat.pdf [Internet]. 2012 [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hemorragie_du_post-partum_immediat.pdf
7. Haute Autorité de Santé. HPP_rapport.pdf [Internet]. 2004 [cité 1 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_rapport.pdf
8. CNGOF.  CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE [Internet]. 2004 [cité 1 janv 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM
9. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000007.
10. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term in-fants on maternal and neonatal outcomes. status and date: New search for studies and content updated (conclusions changed), published in [Internet]. 2013 [cité 7 août 2015];(7). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004074.pub3/epdf/standard>

11. Soltani H, Poulouse TA, Hutchon DR. Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 7 sept 2011 [cité 7 août 2015]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004665.pub3>
12. López-Garrido B, García-Gonzalo J, Patrón-Rodríguez C, Marlasca-Gutiérrez MJ, Gil-Pita R, Toro-Flores R. Influence of Acupuncture on the Third Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. mars 2015;60(2):199-205.
13. De Gasquet B. Périnée arrêtons le massacre! Marabout; 2011. 224 p.
14. Université Médicale Virtuelle Francophone. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens [Internet]. 2011 [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/cours.pdf>
15. De Gasquet B. Bien-être et maternité. Albin Michel; 2009.
16. Mori R, Nardin JM, Yamamoto N, Carroli G, Weeks A. Umbilical vein injection for the routine management of third stage of labour. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 14 mars 2012 [cité 7 août 2015]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006176.pub2>
17. Bullough CW, Msuku R, Karonde L. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *The Lancet*. 2 sept 1989;334(8662):522-5.

18. Lingk E. Etude de points favorisant la délivrance et application lors de cas cliniques. Strasbourg; 2013.
19. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2002;109(5):520-6.
20. APM International - L'expression utérine pour l'expulsion placentaire augmente la durée de la troisième phase de travail et les pertes sanguines [Internet]. 2007 [cité 16 déc 2013]. Disponible sur: http://www.apmnews.com/le-massage-uterin-pour-1%27expulsion-placentaire-augmente-la-duree-de-la-troisieme-phase-de-travail-et-les-pertes-sanguines-NS_166941.html
21. Haute Autorité de Santé. (EA- Recos version post-Collège - 1ère relecture - 14 03 07-) - ea_recommandations_.pdf [Internet]. 2007 [cité 7 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ea_recommandations_.pdf
22. CNGOF. CNGOF_2014_HPP.pdf [Internet]. 2014 [cité 1 janv 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
23. Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 4 août 2010 [cité 7 août 2015]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006173.pub2>

24. Du Y, Ye M, Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. juill 2014;93(7):626-33.
25. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [cité 7 août 2015];1. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008020.pub2/epdf/standard>
26. CNGOF. Clampage du cordon précoce ou tardif .doc - Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf [Internet]. 2012 [cité 8 août 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Clampage_du_cordon_precoce_ou_tardif.pdf
27. Ordre des sages-femmes - Conseil National Le champ de compétences général de la sage-femme [Internet]. [cité 8 août 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/champ_de_competence_general_de_la_sagefemme/index.htm

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
1. MATERIEL ET METHODE	13
1.1. MATERIEL	13
1.1.1. Critères d'inclusion	13
1.1.2. Critères de non inclusion	13
1.2. METHODE	14
1.2.1. Calcul du taux de réponse	14
1.2.2. Analyses statistiques.....	14
2. RESULTATS	15
2.1. POPULATION	15
2.2. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES LORS DE LA DELIVRANCE.....	16
2.3. CONFRONTATIONS DES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES AVEC LES RECOMMANDATIONS DE 2004 SUR L'HPP	18
2.4. LES FACTEURS INFLUENÇANT CES PRATIQUES	19
3. DISCUSSION.....	21
3.1. COMPARAISON ENTRE LES TECHNIQUES EMPLOYEES ET LA LITTERATURE	22
3.1.1. Pratiques en adéquation avec la littérature	22
3.1.2. Pratiques moins rencontrées dans la littérature	23
3.1.3. Pratiques controversées	24
3.2. CONFORMITE AUX RECOMMANDATIONS.....	26
3.2.1. La délivrance dirigée.....	26
3.2.2. Les pratiques associées à cette délivrance dirigée.....	27
3.3. CRITERES INFLUENÇANT LES PRATIQUES	28
3.3.1. Le nombre d'années d'études.....	28
3.3.2. La corrélation entre les pratiques et les différents types de maternités	29
3.3.3. L'acquisition d'un diplôme inter universitaire (DIU) ou d'une formation :	29
3.4. CRITIQUES DE L'ETUDE	30
3.4.1. Forces de l'étude.....	30
3.4.2. Limites	30
Biais de sélection	30
Biais d'information	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE	33
TABLE DES MATIERES	38
ANNEXES.....	39

ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire distribué aux sages-femmes exerçant en salle de naissances dans les maternités publiques de Lorraine

Les pratiques employées par les sages-femmes pour faciliter la délivrance

Actuellement en 5^{ème} année d'études à l'école de sages-femmes de Nancy, je souhaiterais interroger les sages-femmes de Lorraine travaillant en salle de naissances au sein des maternités publiques.

Mon enquête porte sur les pratiques employées par les sages-femmes afin de faciliter la délivrance.

Cette étude aura pour objectif principal, de mettre en évidence les pratiques des sages-femmes. Les objectifs secondaires: caractériser les facteurs influençant les techniques et améliorer la prise en charge de la délivrance.

Toutes les informations seront recueillies de façons anonymes et confidentielles.

Je vous remercie d'avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Si vous rencontrez des difficultés pour répondre à ce questionnaire, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : legrand.charlotte@gmail.com. Je ne manquerai pas de vous répondre dans les plus brefs délais.

Formation initiale

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?

2. Dans quelle école avez-vous fait vos études ?

Donnez le nom de l'école ainsi que le département

Parcours professionnel

3. Depuis combien de temps exercez-vous en salle de naissances ?

4. Dans combien d'établissements avez-vous exercé en salle de naissances ?

Une fois diplômé(e)

5. En salle de naissances :

Une fois diplômé(e)

	Type 1	Type 2	Type 3
Dans combien de maternités avez-vous exercé? <i>(pour chaque type)</i>			
Quelle a été la durée de cet exercice?			

6. **Actuellement, dans quel type de maternité travaillez-vous ?**

- Type 1
- Type 2
- Type 3

7. **Quel est le nombre d'accouchements par an, dans votre établissement actuel ?**

Modalités de la délivrance

8. **Effectuez-vous une injection d'ocytocine lors du dégagement de l'épaule antérieure comme le préconisent l'HAS et le CNGOF ?**

En excluant les accouchements inopinés

- Oui, toujours
- Parfois, en fonction du contexte
- Non

Si non ou parfois, pourquoi ?

- Par absence d'une tierce personne
- Par manque d'indication
- Par oubli
- Autre :

Les différentes pratiques pouvant faciliter la délivrance

9. **Effectuez-vous un clampage précoce du cordon ?**

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Pourquoi ?

10. **Dans quelle position installez-vous la patiente pour la délivrance ?**

- Position gynécologique aménagée ou non
- Dorso-latéral
- Accroupi / Assise
- A quatre pattes

11. Quelle(s) technique(s) employez-vous vous afin de faciliter le décollement et/ou l'expulsion du placenta et dans quel ordre ?

	Quelle(s) méthode(s) employez-vous ? <i>Cochez la (les) case(s) correspondante(s)</i>	Dans quel ordre vous les utilisez ? (1, 2, 3...) <i>Notez le numéro dans la case correspondante Si vous employez simultanément des techniques inscrivez le même numéro</i>	Quelle(s) pratique(s) ne connaissez-vous pas ? <i>Cochez la (les) case(s) correspondante(s)</i>
Contrepression sus pubienne			
Traction contrôlée du cordon			
Drainage du cordon (déclampage)			
Sondage vésical			
Poussée active de la femme : poussée bloquée			
Poussée active de la femme : poussée sur l'expiration			
Poussée active de la femme : la fausse inspiration thoracique (méthode De Gasquet)			
Expression utérine			
Massage utérin			
Mise au sein immédiate			
Acupuncture			
Injection d'ocytocine dans la veine ombilicale			
Autre (à préciser) :			

12. Après l'expulsion, qu'elle est la durée de votre expectative avant d'intervenir pour faciliter la délivrance ? En dehors du risque hémorragique

- En cas de délivrance naturelle ?
- En cas de délivrance dirigée ?

13. Par quel(s) biais avez-vous appris ces techniques ?

- Lors de votre formation initiale
- Au cours de votre exercice professionnel
- A travers vos lectures scientifiques
- Lors de formations

- Lors d'un diplôme inter universitaire
- Autre :

La délivrance artificielle

14. Que faites-vous en cas de non délivrance après 30 minutes ?

- Vous faites (vous-même) la délivrance artificielle/révision utérine (DA/RU)
- Vous appelez le gynécologue-obstétricien
- Expectative de minutes (*hors temps de préparation pour une DA/RU*)
- Autre :

15. Cochez la case correspondant à votre réponse et répondez à la (aux) question(s) si vous avez répondu jamais ou parfois :

	TOUJOURS	JAMAIS	PARFOIS
En cas de défaut de la délivrance, réalisez-vous (vous-même) la délivrance artificielle/révision utérine (DA/RU)?			
		<p>Pour quelle(s) raison(s) n'effectuez-vous pas la DA/RU ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manque de pratique <input type="checkbox"/> Activité trop importante (prise en charge de plusieurs patientes) <input type="checkbox"/> Autre : 	<p>Dans quel cas réalisez-vous la DA/RU ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En cas d'urgence et/ou obstétricien pas sur place <input type="checkbox"/> Autre :
			<p>Dans quel(s) cas n'effectuez-vous pas la DA/RU?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manque de pratique <input type="checkbox"/> Activité trop importante (prise en charge de plusieurs patientes) <input type="checkbox"/> Autre :

16. Remarques ou questions à propos de ce questionnaire

Merci de votre collaboration

ANNEXE II

Tableau I : Existence pour chaque pratique d'une relation avec différentes variables ; avec un risque $\alpha = 0,05$.

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Sondage vésical		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1 (n=24)</i>	17 (71%)	0,25
<i>P2+P4 (n=64)</i>	52 (81%)	
<i>P3 (n=47)</i>	32 (68%)	
Type de maternité		
<i>Type 1 (n=67)</i>	46 (69%)	0,01
<i>Type 2 (n=50)</i>	37 (74%)	
<i>Type 3 (n=18)</i>	18 (100%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec (n=31)</i>	22 (71%)	0,6
<i>Sans (n=104)</i>	79 (76%)	
Poussée bloquée		
Nombre d'années d'études		
<i>P1</i>	13 (54%)	0,008
<i>P2+P4</i>	44 (69%)	
<i>P3</i>	41 (87%)	
Poussé bloquée		
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	44 (66%)	0,2
<i>Type 2</i>	40 (80%)	
<i>Type 3</i>	14 (78%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Poussé bloquée		
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	23 (74%)	0,8
<i>Sans</i>	75 (72%)	
Traction contrôlée du cordon		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	17 (71%)	0,8
<i>P2+P4</i>	45 (70%)	
<i>P3</i>	36 (77%)	
Recommandations sur l'HPP (2004)²		
<i>< 2004 (n=71)</i>	51 (72%)	0,06
<i>≥ 2004 (n=64)</i>	47 (73%)	
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	49 (73%)	0,9
<i>Type 2</i>	35 (70%)	
<i>Type 3</i>	14 (78%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	24 (77%)	0,5
<i>Sans</i>	74 (71%)	
Contrepression sus-pubienne		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	15 (63%)	0,04
<i>P2+P4</i>	42 (66%)	
<i>P3</i>	40 (85%)	
Recommandations sur l'HPP (2004)²		
<i>< 2004 (n=71)</i>	48 (68%)	0,86
<i>≥ 2004 (n=64)</i>	49 (77%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Contrepression sus-pubienne		
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	49 (73%)	
<i>Type 2</i>	35 (70%)	0,9
<i>Type 3</i>	13 (72%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	21 (68%)	0,6
<i>Sans</i>	76 (73%)	
Massage utérin		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	17 (71%)	
<i>P2+P4</i>	42 (66%)	0,8
<i>P3</i>	33 (70%)	
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	53 (79%)	
<i>Type 2</i>	24 (48%)	0,0007
<i>Type 3</i>	15 (83%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	20 (65%)	0,6
<i>Sans</i>	72 (69%)	
Expression utérine		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	19 (79%)	
<i>P2+P4</i>	44 (69%)	0,039
<i>P3</i>	24 (51%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Expression utérine		
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	44 (66%)	0,6
<i>Type 2</i>	30 (60%)	
<i>Type 3</i>	13 (72%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	21 (68%)	0,7
<i>Sans</i>	66 (63%)	
Drainage du cordon		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	10 (42%)	0,17
<i>P2+P4</i>	39 (61%)	
<i>P3</i>	30 (64%)	
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	42 (63%)	0,1
<i>Type 2</i>	24 (48%)	
<i>Type 3</i>	13 (72%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	18 (58%)	0,9
<i>Sans</i>	61 (59%)	
Mise au sein immédiate		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	14 (58%)	0,1
<i>P2+P4</i>	22 (34%)	
<i>P3</i>	17 (36%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Mise au sein immédiate		
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	31 (46%)	
<i>Type 2</i>	18 (36%)	0,2
<i>Type 3</i>	4 (22%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	13 (42%)	0,7
<i>Sans</i>	40 (38%)	
Poussée sur l'expiration		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	8 (33%)	
<i>P2+P4</i>	25 (39%)	0,9
<i>P3</i>	17 (36%)	
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	24 (36%)	
<i>Type 2</i>	20 (40%)	0,9
<i>Type 3</i>	6 (33%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	19 (61%)	0,001
<i>Sans</i>	31 (30%)	
Acupuncture		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	4 (17%)	
<i>P2+P4</i>	14 (22%)	0,9
<i>P3</i>	9 (19%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Acupuncture		
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	7 (10%)	
<i>Type 2</i>	14 (28%)	0,01
<i>Type 3</i>	6 (33%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	13 (42%)	0,0005
<i>Sans</i>	14 (13%)	
Clampage précoce		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	8 (33%)	
<i>P2+P4</i>	32 (50%)	0,4
<i>P3</i>	21 (45%)	
Type de maternité		
<i>Type 1</i>	35 (52%)	
<i>Type 2</i>	28 (56%)	0,8
<i>Type 3</i>	11 (61%)	
DIU ou Formations		
<i>Avec</i>	10 (32%)	0,1
<i>Sans</i>	51 (49%)	
Délivrance dirigée		
Nombre d'années d'études¹		
<i>P1</i>	23 (96%)	
<i>P2+P4</i>	50 (78%)	0,1
<i>P3</i>	37 (79%)	

Effectif total (n=135)	Réalisation de la pratique par n sages-femmes (%)	p
Délivrance dirigée		
Recommandations sur l'HPP (2004)²		
< 2004 (n=71)	61 (86%)	0,2
≥ 2004 (n=64)	49 (77%)	
Type de maternité		
Type 1	58 (87%)	0,1
Type 2	36 (72%)	
Type 3	16 (89%)	
DIU ou Formations		
Avec	27 (87%)	0,3
Sans	83 (80%)	
Délivrance artificielle/Révision utérine		
Nombre d'années d'études¹		
P1	15 (63%)	0,005
P2+P4	36 (56%)	
P3	40 (85%)	
Type de maternité		
Type 1	49 (73%)	0,02
Type 2	35 (70%)	
Type 3	7 (39%)	
DIU ou Formations		
Avec	17 (55%)	0,09
Sans	74 (73%)	

1. Années d'études définies par l'encadrement des années d'obtention du diplôme: 3 ans [1980-1989] (P1) ; 4 ans [1990-2006] (P2+P4); 5 ans [2007-2014] (P3)

2. < 2004, concerne les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme entre [1980-2003] ; ≥ 2004 concerne les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme entre [2004-2014]

Titre du mémoire

Etat des lieux des pratiques des sages-femmes lors de la délivrance, dans les maternités publiques de la région Lorraine
Etude observationnelle analytique multicentrique

Introduction : La délivrance est une période potentiellement à risque d'hémorragie qui nécessite une gestion active de cette phase.

L'objectif était de mettre en évidence la diversité des pratiques des sages-femmes lors de la délivrance.

Matériel et méthode : Une étude épidémiologique analytique observationnelle sur les pratiques des sages-femmes lors de la délivrance, dans les maternités publiques de Lorraine a été réalisée.

Résultats : Plus de la moitié des sages-femmes employaient le sondage vésical, la poussée bloquée, la traction contrôlée du cordon, la contrepression sus-pubienne, le massage utérin, l'expression utérine et le drainage du cordon. En revanche, un tiers des sages-femmes ne réalisait pas de délivrance artificielle.

Discussion : Cette étude a révélé une réelle hétérogénéité des pratiques et elle a démontré que les recommandations étaient majoritairement suivies.

Pratiques - Délivrance – Sages-femmes

Introduction : The third stage of labour is potentially risky postpartum haemorrhage. Therefore, it is very important to practice an active management for the third stage of labour. The aim was to point at the real practices of the midwives during the third stage of labour.

Material and Method : An epidemiological, analytical and observational study about the practices of the midwives during the third stage of labour, in Lorraine maternity hospitals has been realised.

Results : More than half of the midwives used the vesical sounding, the blocked pushing, the controlled cord traction, the suprapubic counter-pressure, the uterine massage, the uterine expression and the cord drainage. In return, a third of the midwives didn't practice manual removal of the placenta.

Discussion : This study showed a real heterogeneity of the practices during the third stage of labor and it also proved that the advice was mainly respected.

Practices – The third stage of labour - Midwives

