



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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*La délivrance artificielle et la révision
utérine au cœur des compétences des
Sages-femmes*

Mémoire présenté et soutenu par
Sandrine BRIDEL

Promotion 2011

« Travail de recherche réalisé sous la direction de Laurence Galliot, Sage-femme cadre supérieure enseignante de l'Ecole de Nancy, et sous l'expertise de Thomas Bouin, Sage-femme cadre enseignant de l'Ecole de Nancy.»

SOMMAIRE

Préface	4
Introduction	6
Partie 1	8
1. La sage-femme en première ligne au moment de la délivrance	9
1.1. Son rôle de diagnostic.....	9
1.2. Intervenir ou pas au moment de la délivrance.....	12
1.3. Un constat alarmant : l'épidémiologie le confirme.....	14
2. La délivrance pathologique diagnostiquée	16
2.1. Les étiologies retrouvées.....	16
2.2. Les conditions initiales requises.....	19
3. Venons-en aux mains : la technique	22
3.1. La délivrance artificielle et la révision utérine.....	22
3.2. Les risques et complications.....	24
4. Deux actes de compétences	27
4.1. Du versant professionnel.....	27
4.2. Au versant étudiant.....	29
Partie 2	31
1. Description de mon action	32
2. Les résultats	35
Partie 3	50
1. Interprétation des résultats	51
2. Les limites de l'étude et les solutions envisageables	58
2.1. L'étude dans son ensemble.....	58
2.2. Des solutions nécessaires.....	59
3. La clé de la réussite : se former et pratiquer	61
3.1. Agir sur la formation initiale.....	61
3.2. Agir auprès des professionnels.....	65
Conclusion	66
Bibliographie	67
TABLE DES MATIERES	71
Annexe 1	74
Annexe 2	77
Annexe 3	78
Annexe 4	79
Annexe 5	81

PREFACE

Il y a de nombreuses années déjà, le professeur Lacomme s'était révolté: « Je ne voudrais pas vous dire mais vous crier que la plupart des accidents de la délivrance sont produits et surtout aggravés par des erreurs de technique, par des insuffisances de surveillance, par la timidité ou le retard apporté à user de thérapeutiques efficaces.»

Or ces propos sont toujours d'actualité : en effet, en France, les hémorragies de la délivrance restent en tête du classement des causes de mortalité maternelle. [1] En tant que future professionnelle de santé, je suis d'autant plus consciente des responsabilités qui reposent sur nos épaules une fois le diplôme obtenu. Certes la profession de sage-femme reste à mes yeux la plus belle du monde, car elle apporte la vie et le bonheur dans une famille, et l'accouchement est un moment unique à partager avec le couple, un moment riche en émotion ; il faut cependant toujours rester vigilant et savoir prendre les bonnes décisions à temps dans l'intérêt maternel et fœtal. Car la sage-femme, il ne faut pas l'oublier, possède une double responsabilité ; en effet elle assure la sécurité et le bien-être de deux patients en même temps : la mère et son enfant. Comment ce jour si particulier peut-il encore de nos jours tourner au drame ?

Cette éventualité de perte de vie au moment de la naissance reste dans l'esprit de tous et il m'est difficile, voire impensable de m'imaginer face à une telle catastrophe. De plus, parmi les décès maternels expertisés, il s'est avéré que deux tiers auraient pu être évités. Ce constat demeure inacceptable à notre époque et m'a toujours interpellée, c'est pourquoi il est essentiel de se remettre en question et surtout d'en chercher l'origine, en tout cas de s'en approcher au plus près. Mais quelle est l'origine du vrai problème ?

Des protocoles en rapport avec ces hémorragies sont régulièrement actualisés et de nombreuses études ont déjà été effectuées visant le diagnostic ainsi que le bon déroulement de la prise en charge. Des notions, telles que le recueil strict des pertes sanguines ou l'utilisation à bon escient de thérapeutiques, ont souvent été étudiées, laissant à tort de côté le versant gestuel considéré comme maîtrisé. Or est-ce vraiment le cas ? Les gestes thérapeutiques sont-ils maîtrisés ? De plus, il est nécessaire d'avoir à l'esprit qu'un retard de prise en charge ou un acte inapproprié peuvent avoir des

conséquences directes et graves sur la santé maternelle et donc directement sur le pronostic vital.

Le thème principal de mon mémoire s'intéresse donc aux moyens thérapeutiques mis en œuvre en premier lieu dans ces circonstances que sont la délivrance artificielle et la révision utérine en tant qu'actes de compétence des Sages-femmes.

Introduction

Malgré les avancées de la médecine en termes de médicalisation de l'accouchement, l'hémorragie de la délivrance reste l'une des premières causes de morbidité et mortalité maternelle en France et constitue l'une des complications obstétricales la plus redoutée par les sages-femmes et les obstétriciens. Trois quarts de ces décès étant secondaires à une perte de temps avec un diagnostic tardif et/ou une prise en charge inadéquate, le constat reste alarmant. De plus, le pronostic dépend directement de la rapidité du diagnostic et ainsi de sa prise en charge dans la mise en place d'un traitement adapté. [2,3]

Parmi les actions immédiates à entreprendre en cas d'hémorragies de la délivrance, les deux techniques impératives à envisager dans les plus brefs délais sont la délivrance artificielle et/ou la révision utérine, selon les cas.

Ces deux techniques font partie intégrante de nos compétences de sage-femme et constituent donc des actes en théorie réalisés et maîtrisés par celle-ci. Cependant est-ce vraiment le cas ? La sage-femme réalise-t-elle ces deux actes qui lui sont destinés ? Mes terrains de stage m'ont souvent fait constater qu'elle n'était pas en première ligne au moment de la réalisation du geste proprement dit. De plus, lorsque j'ai pu les observer à l'action, souvent dans l'urgence, et en l'absence de médecin, elles se sont retrouvées en difficultés. Comment cela s'explique-t-il ? Toutes ces questions n'ont d'autre objectif que l'amélioration continue des soins auprès de nos patientes. De plus, il faut savoir que les étudiants, pendant leur formation, n'abordent pas profondément les techniques, ni sur le plan théorique (pas de vidéo ni travaux pratiques), ni sur les lieux de stage où il est très rare qu'on les laisse pratiquer. Possédons-nous, en tant qu'étudiant, toutes les cartes en main pour réussir ces gestes d'une extrême importance ? Car de ces bonnes pratiques dépend directement le pronostic vital de la patiente. Et qu'en est-il pour les professionnels ? Il m'a donc paru judicieux d'approfondir ces différents axes, c'est pourquoi j'ai ciblé mon mémoire de fin d'études sur les thèmes principaux : la délivrance artificielle et la révision utérine, du versant étudiant au versant professionnel, en tant qu'actes de compétences des sages-femmes.

Mes questions de recherche sont de savoir tout d'abord si la sage-femme accomplit efficacement deux de ces compétences professionnelles qui ont un rôle important pour la survie des femmes après la naissance de leur enfant ; mais il est également important de revenir au départ de la formation ; c'est pourquoi j'ai trouvé judicieux d'étudier la réalité des interventions des étudiants dans ce domaine.

La première partie de mon travail de fin d'études aborde ces deux manœuvres d'un point de vue physiologique, épidémiologique et législatif, ce qui permet de recadrer la situation actuelle en rapport avec les circonstances nécessitant une délivrance artificielle et/ou une révision utérine, ainsi que les conséquences immédiates et graves d'un acte mal mené. Cette partie nous conduit ainsi directement à la problématique soulevée par mon mémoire.

La deuxième partie tente de répondre à cette question de recherche en présentant deux études : l'une concernant les étudiants et l'autre les professionnels, ainsi que leurs résultats respectifs.

La troisième partie est axée sur une interprétation des chiffres obtenus, et les solutions tant pédagogiques que pratiques au problème de ce travail de recherche : comment réaliser nos actes de compétences le plus efficacement possible, c'est-à-dire effectuer des délivrances artificielles et des révisions utérines en étant en formation, afin de faciliter au mieux nos démarches, une fois professionnel.

Partie 1

*La délivrance sous tous ses angles :
épidémiologique, diagnostique, pratique et
législatif*

1. LA SAGE-FEMME EN PREMIERE LIGNE AU MOMENT DE LA DELIVRANCE

La délivrance, ou troisième temps de l'accouchement, est la période qui s'écoule entre la sortie du fœtus et l'expulsion des annexes, c'est-à-dire le placenta et ses membranes, hors des voies génitales. Ce phénomène survient dans un délai de trente minutes après la naissance.

1.1. Son rôle de diagnostic [4,5,6]

Le mécanisme de cette dernière étape de l'accouchement s'effectue en trois temps successifs lorsqu'il est physiologique : le décollement placentaire, suivi de sa migration et son expulsion, et enfin l'hémostase utérine qui achève le processus.

Cliniquement, la sortie du délivre entraîne l'apparition d'une contraction utérine forte et prolongée où l'utérus, devenu petit, dur et globuleux, forme ce qu'il est convenu d'appeler le globe de sécurité, dont la constatation permet d'affirmer que l'utérus est parfaitement vide de placenta ou de caillots. Cette condition de vacuité utérine est essentielle afin d'obtenir une hémostase utérine rigoureuse et durable, dans laquelle interviennent des facteurs musculaires, vasculaires et hémostatiques. Après la délivrance, la sage femme (SF) est le premier acteur à constater le déroulement physiologique de cette étape : elle s'assure de l'intégrité de l'arrière faix en l'examinant soigneusement, elle constate la présence d'un globe utérin, mais surtout elle reste attentive à l'absence d'hémorragie pathologique. Lorsque toutes ces conditions sont remplies, la délivrance peut alors être considérée comme normale. La patiente restera tout de même en surveillance au minimum deux heures (accord professionnel), afin que soit effectuée la continuité des soins en terme de sécurité sur les éléments détaillés ci-dessus. [2]

Cependant les circonstances idéologiques décrites précédemment ne sont pas toujours observées. La SF reste également en première ligne lorsque la délivrance devient pathologique, car elle est celle qui posera le diagnostic et qui participera à la prise en charge (PEC) immédiate. De plus, du déroulement correct et attentif de ce

temps d'une apparente facilité mais d'une importance considérable dépend la prévention des hémorragies du post partum (HPP) dont certaines peuvent être fatales.

Ces hémorragies de la délivrance (HDD) peuvent s'effectuer à n'importe quelle étape : avant la sortie du délivre, elles sont qualifiées du premier temps et rencontrées dans 10% des cas. Elles sont dites du deuxième temps lorsqu'elles surviennent, pendant ou après l'expulsion de l'arrière-faix, dans 90% des situations. Une PEC active doit être déclenchée à partir de 500 ml de pertes sanguines. Cela dit, certaines circonstances valent la peine que ce seuil d'intervention soit envisagé plus précocement. Par exemple, pour une patiente anémiée, ou vectrice d'une pathologie congénitale ou acquise, des pertes trop abondantes peuvent entraîner des conséquences d'autant plus graves pour sa santé (troubles de la coagulation). [7]

Ainsi, avant la sortie du délivre, la SF déplore une rétention totale ou complète lorsque le placenta n'est pas décollé dans la demi-heure suivant la naissance de l'enfant ou dans le quart d'heure en cas de délivrance dirigée. [8,9] Cependant, ce temps d'attente n'est envisageable qu'en l'absence de saignement, et souvent il est conseillé de s'alarmer à partir de 20 minutes afin d'intervenir activement au bout de 30 minutes. [5] Réagir une fois ce délai écoulé fait partie des recommandations pour la pratique clinique de grade C. De plus, passé ce délai d'une demi-heure, les complications hémorragiques deviennent fréquentes, et c'est aussi pour cette raison qu'il est recommandé de diriger la délivrance afin de réduire le délai d'obtention du délivre. [2] Des facteurs de risque de prolongation du temps de délivrance ont été retenus, tels que l'âge maternel supérieur à 30 ans, une parité supérieure à cinq accouchements ou au contraire une nulliparité, des antécédents de césariennes ou d'avortements, un travail prématuré, une toxémie, ou encore l'utilisation exagérée d'ocytociques pendant le travail. Les autres étiologies retrouvées seront détaillées dans la suite de notre propos. [10]

Pendant cette période de décollement, des saignements abondants et incessants peuvent ainsi être observés. Ils sont la conséquence directe d'une anomalie de la contraction utérine pendant laquelle le décollement placentaire a commencé sans s'achever. Ceci peut s'expliquer par une inertie utérine, ou au contraire une hypertonie localisée au niveau d'une corne utérine, qui enchatonne la partie placentaire non décollée et qui l'empêche d'achever le processus de décollement. Dans l'un ou l'autre de ces deux cas, l'hémorragie est abondante et s'observe à l'endroit de la zone de

clivage partielle, au niveau des sinus utérins restés béants. Elle ne cessera que lorsque la totalité du placenta sera décollée et que l'utérus pourra se rétracter en totalité. De ce fait, la conduite à tenir (CAT) consiste donc à terminer au plus vite l'expulsion placentaire par une délivrance artificielle, qui est le seul moyen d'assurer la rétraction utérine et par conséquent l'hémostase.

La SF doit également être attentive aux hémorragies décrites après l'expulsion de l'arrière-faix, leur abondance, la rapidité de leur survenue, et leur dangerosité due à leur prolongation ou leur répétition. Elles sont le plus souvent, là aussi, la conséquence d'une inertie utérine, ou encore d'une rétention partielle, ou beaucoup plus rarement de troubles de la coagulation sanguine. Pour ce qui concerne notre sujet d'étude, nous ne retiendrons que l'étiologie de la rétention partielle. Elle se définit par une expulsion incomplète que l'on constate à l'inspection du placenta. Ainsi, l'observation de toute zone dépolie, rugueuse ou déprimée au niveau de la face maternelle doit faire craindre une rétention placentaire. La face fœtale est également soigneusement inspectée : le sac membraneux doit être complet et nous recherchons à sa surface d'éventuels vaisseaux, qui partent de la masse placentaire et qui s'interrompent brusquement. Ce constat peut témoigner de l'existence d'un cotylédon aberrant, arraché et resté intra-utérin. Dans ces circonstances, la rétraction utérine qui suit normalement la délivrance par le jeu des ligatures vivantes ne se produit pas ou mal, et la palpation ne retrouve pas le globe utérin de sûreté. En effet, l'utérus reste mou et est mal perçu, il ne se contracte que passagèrement lorsqu'on le masse et se relâche dès qu'on l'abandonne, prolongeant ainsi les saignements. L'examen du délivre est un temps essentiel pour la SF. Il fait partie des RPC et le moindre doute à propos de son intégrité doit conduire à pratiquer immédiatement une révision utérine (accord professionnel) [2]. Cette manœuvre doit également être spontanée en cas d'HDD, même si le placenta paraît complet. L'évacuation d'éléments restés endo-utérins permet, si l'origine est placentaire, d'assurer la vacuité utérine. Celle-ci est indispensable à l'obtention du globe de sécurité, qui assure l'hémostase définitive par le mécanisme physiologique des ligatures vivantes décrites par PINARD.

La SF doit donc être très attentive lors de cette dernière étape de l'accouchement, qui peut vite s'avérer pathologique. Il est de sa responsabilité de s'assurer du bon déroulement de cette phase, mais surtout de poser le diagnostic le plus précocement possible lorsque la délivrance ne se déroule pas normalement. En effet,

l'apparition d'un dysfonctionnement à ce stade de l'accouchement nécessite la mise en place rapide d'une PEC adaptée : la réalisation d'une délivrance artificielle (DA) et/ou d'une révision utérine (RU).

1.2. Intervenir ou pas au moment de la délivrance [4,5,11]

Il est important de rappeler le nombre de techniques auxquelles la SF peut avoir recours au moment de la délivrance pour faciliter le bon déroulement de celle-ci, car il est essentiel d'avoir à l'esprit que les complications de ce troisième stade de l'accouchement peuvent survenir du simple fait d'une action mal menée. Elle doit donc être vigilante quant aux gestes qu'elle effectue à ce moment afin de ne pas entraver le mécanisme naturel. Et si nous nous permettons de faire ce rappel, c'est parce que parmi les étiologies de rétentions placentaires figurent les conduites inappropriées de l'acteur réalisant la délivrance.

La délivrance normale naturelle comme son nom l'indique, consiste à ne rien faire, rester passif quant aux événements qui se déroulent ; c'est-à-dire patienter en attendant que les différentes phases s'effectuent spontanément, et extraire le placenta par des manœuvres simples, une fois sa migration dans le vagin réalisée. La délivrance normale spontanée remplit les mêmes conditions d'attente. Le placenta et les annexes se décolent de l'utérus sous l'effet des contractions utérines physiologiques, et sont expulsés entièrement sous le simple effet des efforts maternels. Dans ces deux situations, la SF reste passive et attend simplement que les différentes étapes se déroulent sous ses yeux. Cependant, le fait de participer activement à la PEC de la délivrance par des gestes cliniques est indiqué dans les RPC de grade A. [2] Elle préfère donc le plus souvent intervenir, afin de réduire la durée d'expulsion du délivre et diminuer ainsi parallèlement les pertes sanguines.

Une manœuvre active est parfois utilisée celle de Brandt-Andrews, également appelée la traction contrôlée sur le cordon. Elle nécessite une certaine expérience, car des erreurs de technique peuvent avoir des conséquences inverses. En effet, une traction forcée sur le cordon peut aboutir à une rétention placentaire partielle qui nécessitera une RU. Elle s'effectue en maintenant une contre pression sur l'utérus avec une main placée sur l'abdomen. Si le placenta est décollé, il n'y aura qu'une faible résistance et il sera

facilement extrait. Si la résistance est plus forte, la manœuvre sera simplement répétée après quelques minutes, et c'est à ce moment précis qu'il ne faut pas être impatient et insister à tort. Ce procédé prend rarement plus de 5 à 10 minutes et permet de raccourcir la durée de l'expulsion du délivre et ainsi de diminuer les pertes sanguines. Cependant, avant cette intervention, la SF s'est assurée que le placenta était décollé par la mobilisation utérine vers le haut, qui ne fait pas ascensionner le cordon ombilical en même temps. [6]

Il ne nous semble pas déplacé de rappeler cette technique, car en pratique les manœuvres employées sont très variées en fonction de la SF qui réalise l'accouchement. Le fait d'en utiliser une plutôt qu'une autre n'est pas en soi une erreur ; la faute serait d'effectuer une intervention mal maîtrisée qui pourrait être la cause d'une délivrance pathologique.

La SF peut également avoir recours à la délivrance dirigée (DD), qui est aussi intégrée dans les RPC de grade B cette fois [2]. Et même si cette alternative est fortement recommandée pour tous les bénéfices qu'elle entraîne, elle n'est pas systématique dans tous les établissements. Elle est intéressante en termes de prévention, car elle permet avant tout de diminuer de 40% à 60% les risques d'HPP. [12,13] En effet, cette injection réduit les pertes sanguines physiologiques et raccourcit la durée de l'expulsion du délivre à quelques minutes. Elle diminue également de moitié le nombre de délivrances au-delà de 20 minutes : 5% seulement ne sont pas obtenues passé ce délai et 3% après 30 minutes en cas de DD. [8] L'administration d'ocytociques dans le cadre d'une PEC active provoque moins de rétentions placentaires, et minimise ainsi implicitement les interventions endo-utérines. En revanche, certains auteurs décrivent plus d'incarcérations placentaires. Mais le rapport bénéfice-risque étant clairement établi, la DD doit être la méthode de choix. Or certains établissements ne respectent pas ces suggestions et se fient plutôt à l'existence de facteurs de risques prédisposants (Annexe 1). Il a pourtant été retenu que la majorité des HPP n'a pas de terrains particuliers. Ce choix de diriger la délivrance dépend donc avant tout des habitudes du service, mais la décision finale revient tout de même à la SF qui effectue l'accouchement.

1.3. Un constat alarmant : l'épidémiologie le confirme

Malgré les éléments simples mis à leur disposition pour maîtriser au mieux ce dernier stade de l'accouchement, le constat reste alarmant et quelques notions épidémiologiques nous permettent de mieux cerner le vrai problème. Tout d'abord, pour 834 000 naissances dénombrées en 2008, le taux de mortalité maternelle s'élève à 9,6/100 000. Concernant plus directement notre thématique, le taux de mortalité causée par les hémorragies obstétricales est de 2,4/100 000. [1] L'HDD est responsable de 90% de ces décès, elle reste de ce fait un problème de santé publique toujours d'actualité. Elle se rencontre dans 11 à 25% des accouchements en l'absence de thérapeutique préventive [14]; les chiffres sont discordants en termes d'incidence, mais il semblerait que de nos jours elle soit de l'ordre de 5% environ et s'observe dans 1,3% des situations graves. [15] De plus, ces hémorragies graves sont responsables d'une mortalité maternelle non négligeable : de 25 à 30%. [1,7] Il est également constaté que la plupart de ces décès sont évitables dans 60 à 85% des cas, et sont dus à la sous estimation de la perte de sang, à un remplissage insuffisant et à un retard dans les actions thérapeutiques. [5] Dans 70% des cas, le traitement entrepris est donc qualifié d'inadéquat et/ou retardé. [4,16]

Pour en revenir plus concrètement à notre sujet, ce constat alarmant englobe ainsi parfaitement la principale complication de ce troisième stade du travail que sont les HPP. Elles se définissent par une perte sanguine provenant des voies génitales de plus de 500 ml, dans les 24 heures qui suivent la naissance. C'est de cette définition que commence la PEC active dans les situations où ce seuil est atteint. Et même si les patientes supportent plutôt bien d'un point de vue hémodynamique des déperditions sanguines allant jusqu'à un litre, les conséquences graves d'une hémorragie supérieure à 1000 ml commencent à se faire ressentir. [17,18]

Cette pathologie de la troisième phase du travail entraîne aussi une morbidité maternelle non négligeable, telle que des anémies sévères, des accidents et des complications dans la transfusion sanguine. Des chocs hémodynamiques sont aussi observés, de gravité plus ou moins importante s'ils ne sont pas traités rapidement, avec un risque vital engagé (risque de coagulopathie terminale, c'est-à-dire une coagulopathie de consommation puis une coagulation intravasculaire disséminée due au choc prolongé). [13] Dans les situations les plus extrêmes, une hystérectomie

d'hémostase peut être le seul recours envisageable pour sauver la vie de l'accouchée. Non seulement, dans la plupart des situations, les conséquences peuvent être dramatiques, mais surtout elles sont évitables avec une plus grande rigueur dans les moyens thérapeutiques mis en place. Il est donc primordial d'intervenir le plus rapidement possible, afin d'éviter au maximum ces cas extrêmes, avec en priorité la réalisation d'une DA et/ou d'une RU.

Ces actes permettent ainsi d'assurer une bonne hémostase finale. Ils sont donc pratiqués, en résumé, lorsque le placenta n'est pas expulsé dans la demi-heure qui suit l'accouchement ou dans le quart d'heure en cas de DD, ou si une HDD est à déplorer ; sous réserve, pour toutes ces conditions, que le statut hémodynamique de la patiente permette une telle attente (15 ou 30 minutes), ou un tel seuil de pertes (500ml), auquel cas le délai de PEC peut être raccourci. Là encore, la SF aura analysé la situation avant même l'accouchement, pour se guider au mieux dans l'organisation de ses soins en cas de pathologie. [19]

2. LA DELIVRANCE PATHOLOGIQUE DIAGNOSTIQUEE

Les complications de la délivrance sont donc généralement la conséquence de perturbations du mécanisme normal du décollement, de l'expulsion du délivre et des membranes jusqu'à l'hémostase définitive. C'est pourquoi la physiologie et la conduite de la délivrance doivent être bien connues. Le moindre signe d'appel s'écartant de la normalité doit nous faire réagir et intervenir rapidement. Le mécanisme décrit précédemment s'effectue correctement lorsque le placenta est normal dans sa forme, dans ses dimensions, dans le siège de son insertion, et que le muscle utérin est apte à remplir sa fonction contractile. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies ou en tout cas pas de façon optimale, nous retrouvons fréquemment des HPP immédiates, des rétentions placentaires totales ou partielles, ou de façon exceptionnelle l'inversion utérine. Quelles qu'elles soient, ces diverses situations nécessitent un traitement d'urgence de la part de la SF. Nous allons donc maintenant aborder les étiologies qui peuvent alarmer les professionnels avant même que la situation devienne pathologique.

2.1. Les étiologies retrouvées [6,9,12,18,20]

Les deux éléments mis en jeu sont l'utérus et le placenta. Ils peuvent ainsi être responsables l'un et/ou l'autre d'une perturbation dans le phénomène normal de la délivrance.

Pour ce qui concerne le versant utérin, des altérations de sa muqueuse peuvent expliquer une anomalie lors du processus de décollement. La muqueuse utérine peut être fragilisée initialement, mais elle le devient surtout au décours de situations iatrogènes. Différentes circonstances sont alors à déplorer. Des antécédents de manœuvres endo-utérines, telles que les curetages ou une DA et/ou une RU d'un précédent accouchement, peuvent ainsi être à l'origine d'une muqueuse modifiée qui entrave le processus normal. Des circonstances inflammatoires peuvent aussi rendre l'utérus moins apte au phénomène physiologique de délivrance, comme en cas d'endométrite. La littérature décrit également des agressions chimiques, certes rares de nos jours, ce qui nous évoque particulièrement les patientes ayant été exposées au

distillène. Le mécanisme est également perturbé en cas de lésions endocavitaires préexistantes, comme des myomes sous-muqueux. Les utérus polyfibromateux ou malformés ne remplissent donc pas les conditions maximales requises.

Pour ce qui est du versant placentaire, des anomalies d'insertion sont les plus fréquemment retrouvées. Une localisation sur le segment inférieur peut troubler le mécanisme normal, car cette portion de l'utérus est histologiquement mal préparée au clivage. En effet, la finesse de la musculuse à cet endroit précis, et l'absence au niveau des couches musculaires de ligatures vivantes de Pinard, rendent la rétraction utérine moins efficace : c'est le cas du placenta prævia (PP). Il est responsable de 11% des HPP. Cette particularité placentaire entraîne des complications majeures essentiellement sur l'abondance des saignements, du fait d'un décollement prématuré au moment du travail, ou à l'inverse d'une absence de décollement spontané après l'accouchement.

Toujours parmi les anomalies d'adhérence, mais moins fréquentes, le placenta adhérent directement à la paroi utérine, est dit accreta. Il est estimé spontanément à 0,02% - 0,03%. Dans la majorité des cas, il est corrélé à la présence d'un PP. Il est estimé entre 2 et 5% hors contexte de cicatrice utérine, et entre 25 à 50% avec antécédent de césarienne, de myomectomies ou encore de curetage, qui peuvent en être l'origine. Dans cette particularité placentaire, l'invasion trophoblastique est augmentée. Il adhère au muscle utérin, mais sans l'envahir, ce qui le rend particulièrement difficile à décoller. Ce défaut de clivage est essentiellement dû à l'absence localisée ou diffuse de la caduque basale, qui s'interpose habituellement entre les villosités trophoblastiques et le myomètre. Des formes, certes plus rares, mais graves, correspondent à une invasion plus profonde du myomètre. Le placenta increta respecte la séreuse tandis que le percreta la franchit pour atteindre les organes adjacents. Toutes ces particularités placentaires entraînent des difficultés pour décoller une zone localisée du placenta, voire, dans les cas extrêmes, une impossibilité absolue de décollement. Souvent, une hémorragie grave est concomitante à l'absence d'expulsion de ce délivre. Une césarienne est normalement programmée lorsque l'anomalie est diagnostiquée pendant la grossesse. Si le diagnostic n'est pas antérieur à l'accouchement, c'est la DA qui permet d'en faire le constat par son échec. En effet, l'intervenant ne retrouve pas de plan de clivage et se voit dans l'impossibilité d'effectuer la délivrance manuellement. Le seul remède en urgence est alors l'hystérectomie d'hémostase. Parfois un traitement conservateur est proposé : le placenta peut être laissé en place, associé à un traitement

par méthotrexate. Mais son efficacité étant controversée, il peut alors être envisagé une résection utérine localisée, ou un capitonnage des parois utérines. [8]

Toujours d'un point de vue placentaire, l'insertion dans une corne utérine, ou plus rarement sur la cloison d'un utérus double, est aussi une autre cause de rétention. Des anomalies de conformation peuvent entraver ce décollement, comme un placenta étalé observé lors d'une grossesse multiple, ou pour un poids supérieur à 750g. Des anomalies morphologiques du délivre peuvent aussi favoriser sa rétention. Nous retrouvons de ce fait des cotylédons aberrants retenus dans la cavité utérine, ou de petits lobes placentaires accessoires séparés de la galette placentaire lors d'un placenta succenturié. Les placentas friables ou oedématiés se rencontrent lors d'une immunisation rhésus, d'un diabète ou encore d'une hypertension, et peuvent se fragmenter en raison de leur fragilité. Une rétention partielle est aussi plus fréquente durant une expulsion selon le mode Duncan, qui nécessite souvent la pratique d'une RU.

Parmi les étiologies retrouvées dans les pathologies de la délivrance, le point de vue fonctionnel entre également en jeu avec les troubles de la dynamique utérine. Ils s'observent en cas de surdistension utérine lors d'une grossesse multiple, d'un hydramnios ou d'une macrosomie fœtale. Cette perte d'élasticité du myomètre est une cause probable d'un défaut de décollement. Le même constat s'observe lors d'un travail prolongé dû à l'épuisement musculaire et également lors d'une anesthésie générale. Une grande multiparité peut également perturber cette contractilité utérine. Ces différentes conditions sont responsables d'une inertie utérine, retrouvées dans 42% des HPP. Dans ces situations, la ligature vivante des vaisseaux ne s'effectue pas. La mauvaise qualité du muscle utérin se retrouve aussi dans les cas de malformations utérines. [4]

A l'inverse de cette atonie, nous pouvons rencontrer une hypertonie utérine qui aboutit aux mêmes conséquences et donc aux mêmes interventions thérapeutiques. Dans cette circonstance, le placenta décollé est retenu au dessus du segment inférieur dans un utérus où l'on passe à peine la main, on parle d'incarcération. Il peut encore être piégé dans une corne séparée de la cavité utérine par un anneau de rétraction localisé : c'est l'enchatonnement. (Annexe 2) [5]

D'autres conditions sont à évoquer et nous semblent les plus importantes. Elles englobent des défauts de technique, qui entraînent des saignements intempestifs causés

par une désinsertion placentaire traumatique plus ou moins étendue. Ceci s'observe à la suite d'une traction prématurée ou forcée sur le cordon, soit due à un cordon court, soit le plus souvent à une manœuvre d'extraction brutale trop précoce avant le décollement placentaire retrouvé lors de l'expression utérine. Une manœuvre mal conduite, avec pour but initial de faciliter l'extraction du délivre, peut conduire à son effet inverse et entraîner une rétention partielle. Il convient donc avant tout de respecter le mécanisme physiologique, et de s'abstenir de toute manœuvre intempestive afin d'éviter des complications inutiles. D'autres causes iatrogènes sont aussi évoquées, telles que l'arrêt rapide des ocytociques utilisés en fin de travail, ou encore l'utilisation de certains anesthésiques (fluothane), ou de tocolytiques (bêtamimétiques).

Des antécédents de rétentions entraînent des risques de récurrence plus élevés lors des délivrances ultérieures.

Les rétentions placentaires concernent jusqu'à 39% des accouchements et sont responsables de 16% des HPP. [4,21,22] Leurs origines sont nombreuses et variées comme nous l'avons vu. Et la SF peut en être plus ou moins responsable, elle doit donc être d'autant plus attentive aux moyens thérapeutiques qu'elle utilise (traction contrôlée, délivrance dirigée). De plus, étant donné la multitude d'étiologies retrouvées en termes de rétentions, il est difficile de placer les patientes dans des groupes à risque ou non. Nous pouvons ainsi considérer que chaque femme a un risque potentiel, que ce soit lié à ses antécédents, au déroulement de sa grossesse actuelle ainsi qu'aux modalités d'accouchement, et aux interventions extérieures éventuelles. Mais quoi qu'il en soit et quelle qu'en soit l'origine, la prise en charge reste la même et consiste en l'extraction des éléments persistants dans la cavité utérine.

2.2. Les conditions initiales requises

Il convient maintenant de reprendre point par point les premiers éléments de PEC non invasifs à mettre en place avant la réalisation d'une DA et/ou une RU. Ces diverses notions que nous allons traiter représentent les actions à mettre en oeuvre par les SF et les étudiants. Une bonne organisation permet, avant tout mais essentiellement, de gagner du temps ; or cette rapidité d'intervention fait souvent défaut en pratique. Le premier concept consiste à vidanger la vessie, car une distension vésicale peut devenir un obstacle gênant à la migration placentaire (accord professionnel). [2]

Si la rétention persiste et qu'une intervention endo-utérine s'impose, nous devons tout d'abord penser à prévenir simultanément tous les intervenants potentiels (obstétricien, anesthésiste) dans les plus brefs délais, la prise en charge étant pluridisciplinaire (accord professionnel). [2] Et même si la sage-femme est habilitée à réaliser ces gestes, il est tout de même nécessaire de s'assurer d'une prise en charge optimale la plus adaptée. Une équipe opérationnelle complète permet de gérer au mieux les éventuelles difficultés. L'anesthésiste de garde peut ainsi assurer une analgésie efficace : il injecte directement dans le cathéter de péridurale ou, à défaut, il effectue une anesthésie générale, afin que l'intervention se réalise dans les meilleures conditions pour la patiente. [23] D'autant plus que la réalisation de ces gestes est très douloureuse et souvent décrite comme traumatisante par les patientes ; c'est pourquoi optimiser au maximum le bien-être maternel passe d'abord par une diminution, voire une suppression de la sensation douloureuse liée à ces manipulations. Cependant, si l'état d'urgence le nécessite, avec hémorragie cataclysmique par exemple, l'appel aux anesthésistes reste toujours en vigueur ; mais le pronostic vital étant engagé, nous ne sommes pas tenu d'attendre leur présence pour intervenir. [24]

En parallèle, il convient d'arrêter temporairement la perfusion d'ocytociques, qui a pu être utilisée pendant le travail, afin de favoriser notre action. L'utérus doit être suffisamment relâché pour que l'on puisse y introduire une main.

De plus, les RPC stipulent de réaliser la DA et/ou la RU sous antibioprofylaxie à large spectre (grade C) qui doit être administrée en intraveineuse avant le geste selon les protocoles en vigueur. Certes, il est nécessaire de respecter le degré d'urgence, et d'adapter ainsi les différentes étapes de PEC en fonction des situations rencontrées sur le terrain. [2,8,25]

Avant la réalisation de ces gestes, une rigueur dans les conditions d'asepsie est exigée, pour limiter au maximum l'ascension de germes dans l'utérus. Il est bien entendu essentiel de réaliser un lavage antiseptique des mains et de s'habiller chirurgicalement. Une désinfection du périnée (bétadine) est nécessaire. Puis, toujours dans cette exigence d'hygiène, des champs stériles sont mis en place sur la patiente, et l'intervenant se munit de gants stériles adaptés à la DA et la RU (qui couvrent tout l'avant-bras), que l'on badigeonne également d'antiseptique. [4,5]

Ces divers points sont essentiels dans la mesure où ils ne sont pas toujours constatés en pratique et peuvent entraîner des conséquences graves. Donc la notion d'urgence ne doit pas entraver ces différentes étapes qui ont chacune leur importance.

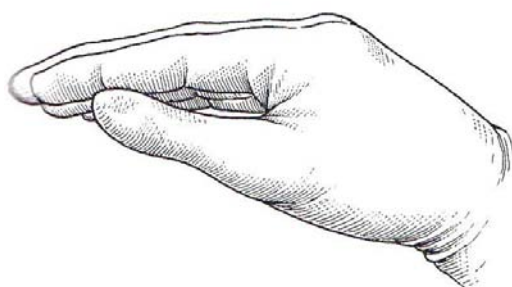
3. VENONS-EN AUX MAINS : LA TECHNIQUE

La DA et/ou la RU sont deux gestes fondamentaux à connaître, mais surtout à savoir réaliser, car du bon déroulement de ces manœuvres découle un bon pronostic vital maternel. La rapidité ainsi que l'efficacité d'intervention sont donc hautement nécessaires afin d'assurer une sécurité optimale. De ce fait, il est important de bien connaître la théorie, afin d'agir dans un ordre logique, dans le but d'optimiser les chances de réussite.

3.1. La délivrance artificielle et la révision utérine

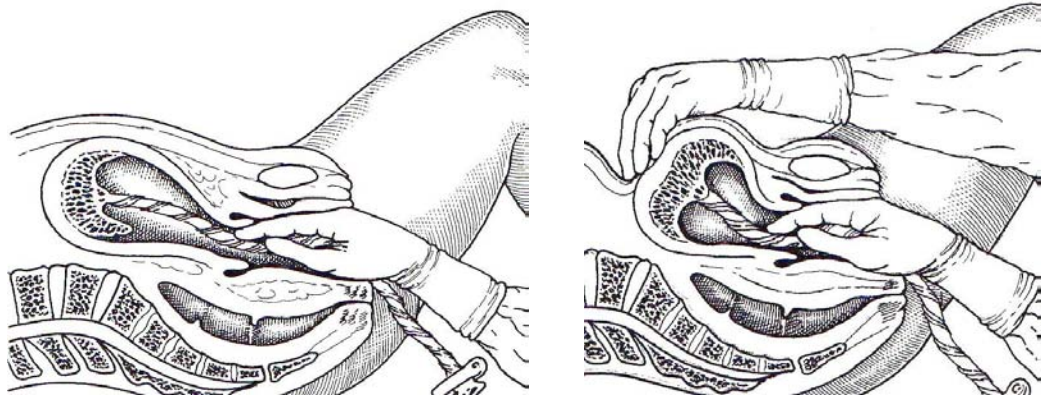
[4,5,26,27]

Une main gantée (droite pour le droitier) remonte le long du cordon ombilical dans la position dite en « main d'accoucheur ». Elle s'obtient en réduisant au maximum le volume de la main intravaginale pour pouvoir pénétrer dans la cavité utérine. Elle localise alors les bords du placenta, et s'insinue dans le plan de clivage entre le délivre et la paroi utérine.

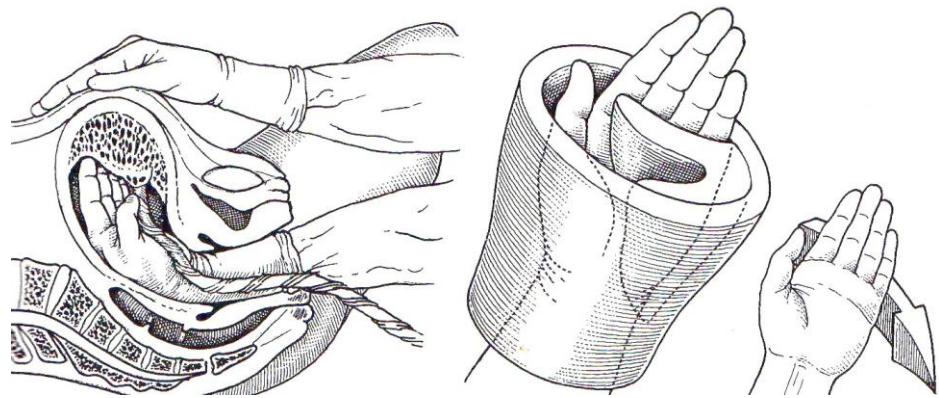


La position dite en « main d'accoucheur » [4]

L'intervenant décolle artificiellement le placenta à partir de ce repère en gardant les doigts joints. Il se sert du bord cubital de sa main pour créer progressivement un espace entre les deux surfaces, jusqu'à ce que le délivre soit détaché, et l'extrait en douceur de l'utérus sans déchirer les membranes. Pendant ce temps, l'autre main (gauche pour le droitier) empaume, abaisse et maintient le fond utérin via la paroi abdominale, pour éviter qu'il remonte et faciliter la réalisation du geste.



« L'intervenant suit le cordon ombilical d'une main et empaume le fond utérin de l'autre » [4]



« Position des mains et utilisation du bord cubital » [4]

Il importe d'effectuer cette manœuvre en une seule fois, afin de ne pas sortir et rentrer la main plusieurs fois, au risque de favoriser une infection endo-utérine. Cependant, la main est tout de même réintroduite en systématique une seconde fois, afin de confirmer la vacuité utérine et ainsi l'hémostase définitive par une révision utérine.

Cette dernière s'effectue dans les mêmes conditions : elle consiste à réintroduire une main le plus stérilement possible dans la filière génitale jusqu'à dans l'utérus afin de l'explorer soigneusement. Cette technique permet ainsi de confirmer une atonie utérine si le muscle utérin est flasque, et/ou de diagnostiquer une rétention placentaire partielle en retrouvant un fragment resté collé à l'utérus, qui doit être détaché puis évacué. Il est possible de découvrir au cours de l'intervention, certes exceptionnellement, une inversion utérine ou même une rupture utérine si la main passe à travers le myomètre dans la cavité péritonéale. Cependant, le plus souvent le geste ne ramène que quelques débris de membranes, dont la rétention pourrait être la cause d'hémorragies et

d'infections dans les suites de couches. Des caillots peuvent aussi être évacués. La zone d'insertion placentaire est bien discernée lors de l'intervention et se perçoit sous la forme d'une rugosité au niveau du muscle utérin. Une fois l'exploration intégrale de la cavité réalisée et la vacuité utérine obtenue, il est nécessaire de vérifier la bonne rétraction de l'utérus. Pour cela, avant de retirer la main endo-utérine, il faut effectuer des mouvements circulaires énergiques à travers la paroi abdominale jusqu'à obtention d'un globe tonique. Puis l'utilisation ou la reprise des utérotoniques est requise, afin de renforcer au mieux les mécanismes d'hémostase. La vérification des voies génitales basses par un examen sous valves est systématique après une révision utérine, pour s'assurer de l'absence de déchirures du col ou des parois vaginales.

Autrefois, ce geste était employé pour vérifier les cicatrices utérines chez des patientes possédant des antécédents de césarienne, afin d'exclure une adhérence placentaire. De nos jours, cette indication n'est plus systématique. Toutefois, si un doute de prérupture s'installe, par exemple lors d'une altération brutale du RCF, il est nécessaire de s'assurer de l'intégrité de la cicatrice par une RU.

3.2. Les risques et complications

La première complication à déplorer, dans le cas où une manœuvre endo-utérine est nécessaire, concerne le risque infectieux. En effet, ces gestes sont très invasifs dans la mesure où leur réalisation peut permettre l'ascension de germes dans la cavité utérine. Le risque d'endométrite en suites de couches est donc augmenté et nécessite une surveillance plus rigoureuse. [6] L'administration d'une antibioprophylaxie à large spectre a pour but de limiter ce type d'incident. Il faut donc respecter correctement tout le protocole d'asepsie et n'effectuer le geste qu'une seule fois, c'est-à-dire une seule DA et si possible, une seule RU. Cependant il n'est pas toujours facile d'observer cette rigueur sur le terrain, du fait des difficultés possibles d'extraction, qui nécessitent souvent de réintroduire plusieurs fois la main pour constater une vacuité utérine efficace. L'antibioprophylaxie a donc un intérêt majeur dans la réalisation des DA et des RU.

Il existe aussi le risque potentiel qu'un élément soit resté à l'intérieur de l'utérus, c'est pourquoi l'exploration utérine doit être pratiquée le plus soigneusement possible.

Ce constat d'une rétention partielle peut se déclarer dans les suites de couches par des signes infectieux, voire une HPP.

Ces gestes endo-utérins sont aussi à l'origine de synéchies décrites sous le terme de syndrome d'Asherman, qui correspondent à des accolements des parois internes de l'utérus avec une extension plus ou moins prononcée. Ces particularités acquises ont surtout des répercussions sur la stérilité et des risques d'endométriose. [4,10]

Un geste mal mené ou mal maîtrisé peut avoir des conséquences beaucoup plus dramatiques, certes rares mais graves ; il s'agit de l'inversion utérine, qui s'observe dans 1 sur 10 000 à 1 sur 20 000 accouchements. [6] Cette complication peut être spontanée du fait d'une distension utérine ou d'un myome sous-muqueux. Elle peut être aussi iatrogène à cause d'une traction intempestive du cordon lorsque l'utérus est hypotonique (multiparité, surdistension), ou encore une pression sur le fond utérin comme lors d'une expression utérine exagérée. L'augmentation subite de la pression intra-abdominale, lors d'efforts de toux ou vomissements, en est également une cause, mais aussi, dans notre sujet, au cours d'une tentative d'extraction d'un placenta non clivé lors de la DA. Elle est diagnostiquée par l'absence de perception du fond utérin, accompagnée d'une douleur intense et une hémorragie d'abondance variable. La patiente a des envies expulsives et se retrouve rapidement en état de choc. Il existe plusieurs degrés de gravité croissante, depuis l'invagination isolée du fond utérin (1^{er} degré) jusqu'à son extériorisation à la vulve (4^{ème} degré). Les risques encourus sont des hémorragies cataclysmiques, des infections ou encore une nécrose de l'utérus. Elle nécessite donc une réduction manuelle rapide en vue de repositionner le plus rapidement possible le corps utérin. Plus le temps passe, plus l'utérus s'engorge de sang et plus l'anneau de rétraction qui entraîne l'utérus inversé devient rigide. L'urgence de sa PEC place à nouveau la SF parmi les premiers acteurs à intervenir. En cas d'échec, l'intervention chirurgicale reste le dernier recours envisagé. L'inversion utérine est très rare, mais elle a toute son importance dans notre sujet. [12,26,28] La SF est en première ligne à tous points de vue : elle peut en être la cause par des actions maladroitement, mais elle peut aussi en faire le diagnostic et surtout intervenir le plus précocement pour la résoudre.

Une autre situation particulière est aussi à prendre en considération du fait de son diagnostic par la RU, c'est la rupture utérine, certes peu fréquente également, mais

elle existe. Elle peut être asymptomatique pendant la dilatation, et être provoquée lors de l'expulsion, notamment en cas de manœuvres obstétricales pour extraire l'enfant. Elle est précédée d'une douleur abdominale intense, pouvant cesser une fois l'utérus rompu. Un saignement intra-abdominal ou vaginal est à déplorer, ce qui pousse le praticien à effectuer un geste endo-utérin et ainsi à poser le diagnostic d'une simple déhiscence, voire d'une rupture plus ou moins franche. Cette rupture utérine peut être la cause d'une manipulation mal menée au moment de la DA, en utilisant directement les doigts pour extraire le placenta plutôt que le bord cubital généralement recommandé. Le traitement de la rupture consistera, en fonction de son étendue, à une simple suture, voire une hystérectomie dans les cas extrêmes. [4,29] La SF doit donc respecter strictement les différentes étapes des manœuvres endo-utérines et les suivre à la lettre dans ses PEC globales, dans le but d'éviter au maximum les erreurs qui peuvent avoir des conséquences dramatiques pour la patiente.

4. DEUX ACTES DE COMPETENCES

4.1. Du versant professionnel...

La SF exerce une profession médicale à compétence définie, son indépendance ne doit donc jamais être contestée, mais elle exige toutefois responsabilité, discernement et maîtrise de soi. Au service des patientes et des nouveau-nés, il apparaît donc important que la SF puisse se référer à des règles précises. Les limites de ses champs d'action sont ainsi codifiées par les textes législatifs et réglementaires, tels que le Code de la Santé Publique et le Code de Déontologie des Sages-femmes. La toute première version de ce code, créé en 1949 stipulait, dans les articles 3 et 23, le rôle de la sage femme dans des situations d'urgence. [24]

4.1.1. Article 3

« Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, toute sage-femme doit porter secours d'extrême urgence à une gestante, une parturiente, accouchée et au nourrisson en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas leur être assurés »

4.1.2. Article 23

« Tout cas pathologique susceptible de mettre en danger la vie de la parturiente ou de l'enfant commande l'appel du médecin même si la malade ou son entourage s'y refuse. Seule le cas de force majeure, notamment l'absence du médecin et le danger pressant autorise la sage-femme à donner des soins de la compétence normale du médecin ».

Ces articles ont été remplacés par les 13 et 25 du Décret 91-779 du 8 août 1991, correspondant actuellement aux articles R.4127-313 et R.4127-325. Jusqu'en 2006, nous devions inclure implicitement les circonstances de DA et RU comme étant de la compétence des SF en cas de situation d'urgence.

4.1.3. Article R.4127-313

« Dans l'exercice de sa profession, la sage femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions

dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités. »

4.1.4. Article R.4127-325

« (...) Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence du 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. »

En effet, la SF est un des acteurs des professions médicales à responsabilité limitée à l'obstétrique eutocique, et il est donc de son devoir de recourir à l'aide d'un médecin lorsqu'une situation dépassant son champ de compétences se présente à elle. Et même si les DA et les RU font partie intégrante des actes qui nous sont autorisés, de par les articles cités précédemment, le fait que ce n'était pas mentionné explicitement pouvait provoquer le refus de la part de l'anesthésiste de collaborer en l'absence d'un médecin. Ces deux manœuvres ont donc été concrètement légalisées en 2006 ; elles font désormais partie de nos compétences grâce à l'article R.4127-318 du code de la santé publique, inscrit dans le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 art. 3 [Journal Officiel du 18 octobre 2006].

4.1.5. Article R.4127-318

« (...) 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 (...) »

Mais les SF ont-elles vraiment recours à ce champ de compétences en pratique ? En théorie, la question ne se pose pas, car elles sont en première ligne une fois l'enfant né, et qu'elles posent elle-mêmes le diagnostic de rétention ou d'HDD par exemple, c'est-à-dire les étiologies qui nécessitent ces gestes endo-utérins. Mais quel est le constat sur le terrain ?

Très peu d'études ont été menées sur ce sujet, cependant nous avons tout de même quelques chiffres à présenter. En 1996, une enquête avait été entreprise auprès de 884 sages-femmes dans une étude s'intitulant « les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées dans 11 régions de France ». A l'époque, il avait été constaté, sur les 522 réponses données à propos de la réalisation des DA, que 33,3% n'en effectuaient jamais, 25,5% rarement, 18% parfois et seulement

23,2% souvent. Or comme nous l'avons mentionné précédemment, la SF ne possédait pas encore ces actes de compétences d'un point de vue légal. Qu'en est-il à l'heure actuelle ? La SF est-elle plus active depuis que ses champs de compétences ont été élargis ? Ces nouveaux actes qui lui sont dédiés s'inscrivent de ce fait, avant tout, dans un objectif de santé publique visant à réduire la mortalité maternelle causée par les HDD. La SF possède donc des obligations de réalisation de ses compétences dans le but d'apporter sécurité et qualité de soins à ses patientes ; mais, outre les professionnels, les étudiants ont également des devoirs à accomplir. [30]

4.2. Au versant étudiant

Les études de sages femmes sont étroitement réglementées, du point de vue de l'enseignement théorique qui doit être abordé, mais aussi du point de vue pratique. Et pour ce qui concerne mon sujet d'étude, le programme d'obstétrique précise que dans le point 1.4.7 « complications de la délivrance », tiret 4 « DA, RU », ces thèmes doivent être traités. Sur le terrain, des « *objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique* » sont stipulés dans l'Arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux études de sage-femme et sont à accomplir au cours de l'apprentissage. En effet, le 16^{ème} point (35 en tout) précise que les étudiants doivent « *pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum).* » (Annexe 3) [31]

Les étudiants accomplissent-ils à la fin de leur formation les objectifs qui leur sont demandés ? Tous les moyens sont-ils vraiment mis en œuvre pour leur apporter une formation aussi complète que possible ?

Comme nous venons de le voir, la sage-femme est le premier acteur présent au moment de la délivrance, elle a à sa disposition plusieurs techniques de prise en charge afin de mener à bien cette dernière étape de l'accouchement. Cependant, tout n'est pas toujours physiologique, et dans ce cas elle posera le diagnostic de rétention placentaire complète ou partielle. Cette pathologie de la délivrance peut être iatrogène ou causée par des actions mal menées de sa part. Le principal est que ce diagnostic soit posé à temps, afin d'effectuer le plus tôt possible une prise en charge adaptée, qui dans mon sujet d'étude correspond à la réalisation de la délivrance artificielle et/ou la révision utérine. Des retards dans la mise en place de ces moyens thérapeutiques peuvent entraîner des conséquences graves voire dramatiques pour les patientes, d'autant plus que la sage-femme possède de par la loi ce champ de compétence ; il est de sa responsabilité d'intervenir efficacement dans ces situations. Chaque jour en France, deux femmes pourraient décéder d'une hémorragie du post partum si des gestes de sauvetage n'étaient pas entrepris. Elle doit donc intervenir le plus efficacement possible en termes de technique afin de résoudre au plus vite la situation, mais être également très préventive afin de ne pas provoquer un risque supplémentaire par l'utilisation d'un geste inadéquat. La sage-femme possède toute la théorie suffisante au bon déroulement de ces interventions, de même que les étudiants, qui sont aussi autorisés à être acteurs. Mais qu'en est-il en pratique ? Ceci nous conduit directement à la problématique de notre mémoire qui est de savoir si les sages-femmes réalisent efficacement les actes de compétences qui leur sont attribuées en rapport avec la délivrance artificielle et la révision utérine. L'étude qui va suivre s'intéresse donc, dans un premier temps, au parcours des étudiants pour ce qui concerne leur formation initiale théorique et pratique, puis, dans un second temps, à l'activité des sages-femmes sur le terrain.

Partie 2

Les constats sur le terrain

1. DESCRIPTION DE MON ACTION

L'intérêt de notre travail de recherche est de savoir, d'une part si la SF accomplit efficacement deux de ses compétences professionnelles dans les domaines de la DA et la RU, et d'autre part de dresser un constat du point de vue des étudiants sur la réalité de leurs interventions dans ces circonstances. Nous avons donc divisé cette étude en deux parties, l'une s'intéressant au versant étudiant (étude 1) et l'autre au côté professionnel (étude 2).

1.1. Présentation et description de l'action

1.1.1. L'étude 1 auprès des étudiants

Nous avons distribué un questionnaire auprès des étudiants de 4^{ème} année à l'Ecole de Sages-femmes de Nancy, pour lesquels il nous importait de connaître le statut en rapport avec leur formation minimale continue sur le sujet. Nous le leur avons présenté en début d'année (fin octobre) afin de constater à 8 mois du diplôme le taux de réalisation de ces deux gestes endo-utérins. Rappelons-nous que la formation minimale souhaitée est de 5 DA et 5 RU. Pour les étudiants ayant déjà effectué ces actes, il nous intéressait ensuite de connaître les difficultés rencontrées en les pratiquant. Pour ceux n'en ayant jamais effectué, nous nous sommes questionnés sur le fait qu'ils en aient au moins vu, et les raisons pouvant expliquer cette non réalisation. Nous avons ensuite abordé le versant pédagogique afin de connaître succinctement les éléments clés importants qui leur viennent à l'esprit, en rapport avec la PEC immédiate de ces deux interventions, et ceci dans le but de savoir si des points restent à éclaircir lors de la formation théorique. Puis, le versant personnel, ou plutôt psychologique, nous intéresse afin de connaître dans quel état d'esprit, confiant ou réservé, les futurs professionnels de santé se sentent en fin de cursus face à deux actes de leurs compétences. (Annexe 4). Ce premier questionnaire a donc pour but principal de dresser un état des lieux de la situation à l'école.

1.1.2. L'étude 2 auprès des sages-femmes diplômées

Ceci nous permet d'aborder directement la situation sur le terrain. Pour cela, nous avons utilisé un questionnaire que nous avons rempli personnellement après un

entretien individuel. Ce dernier a été effectué avec chacune des SF interrogées, soit téléphoniquement, soit en face à face. Dans cette étude, il nous importait de savoir si elles réalisent les actes de compétences qui leur sont reconnus, et si oui dans quelles circonstances (difficultés, efficacité), ou sinon pour quelles raisons. Nous nous sommes aussi intéressés à la formation initiale reçue par les professionnels et les éventuelles formations continues, ou outils de service mis à leur disposition. Et enfin, nous nous sommes interrogés sur un progrès pédagogique possible pour améliorer sans cesse la formation étudiante (Annexe 5)

1.2. Nos objectifs

- Etablir un constat auprès des étudiants SF de notre promotion sur leur formation minimale clinique en rapport avec la réalisation des DA et des RU.
- Faire également un constat, mais cette fois-ci, auprès des professionnels, sur la place qu'ils prennent face à leurs actes de compétences.
- Mettre en évidence les difficultés rencontrées par les SF exerçant en salle de naissance lors de la pratique de ces deux gestes.
- Proposer des moyens pédagogiques permettant d'encadrer les étudiants au cours de leur formation, afin d'appréhender au mieux les DA et les RU une fois qu'ils seront en activité.

1.3. Nos hypothèses

- Les étudiants ne remplissent pas les quotas en termes de formation minimale en rapport avec ces deux gestes.
- Le niveau de la Maternité où la SF exerce influence sur le nombre de gestes qu'elle réalise.
- Les sages-femmes ne réalisent pas toutes les actes de compétences qui leur sont dédiés.
- Des difficultés gestuelles sont très souvent rencontrées.
- Elles appréhendent et préfèrent « passer la main » dès que cela leur est possible.
- Le service de soins apporte trop peu d'outils pour les guider (pas de protocole).
- La formation initiale des SF n'apporte pas d'outils concrets pour la réalisation de ces actes.

- Les SF ne disposent pas de formation continue sur ces sujets.

1.4. Schéma général de l'étude

- Etude 1 : étude descriptive, unicentrique, rétrospective, non randomisée, observationnelle
- Etude 2 : étude descriptive, multicentrique, rétrospective, non randomisée, observationnelle

1.5. Population étudiée et échantillonnage

1.5.1. Etude 1

L'échantillon retenu pour cette étude concerne la totalité des étudiants SF actuellement en 4^{ème} année, soit 28 sujets.

Nos critères d'inclusion pour l'étude 1 :

- Tous les étudiants de 4ème année (année universitaire 2010-2011)
- Tous âges et tous sexes confondus

1.5.2. Etude 2

L'échantillon retenu pour l'étude 2 concerne toutes les SF en exercice en salle de naissance, dans 3 maternités, chacune de type différent.

Nos critères d'inclusion pour l'étude 2 sont les SF:

- en activité
- de salle de naissance
- de tous âges confondus
- de niveaux d'études ou de formations différentes
- ayant déjà réalisé ou non une DA
- ayant déjà effectué ou non une RU

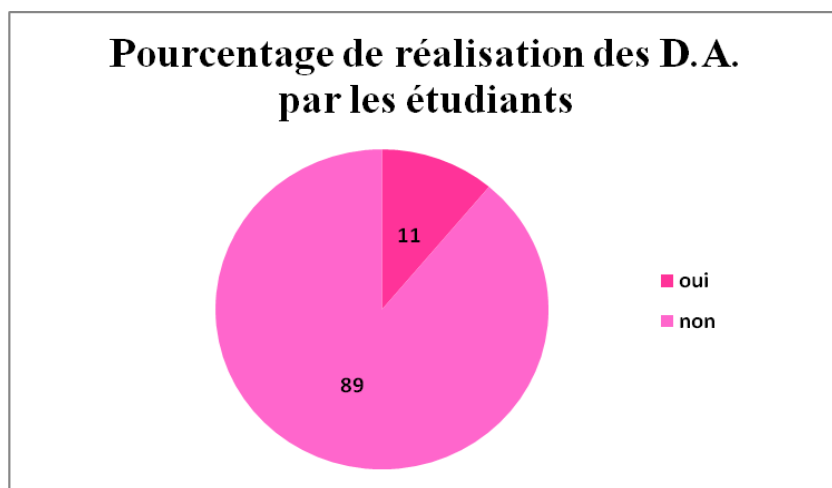
Pour des raisons de réalisation, nous avons choisi les maternités en fonction de mes disponibilités personnelles : la maternité de type 3 concerne la maternité régionale de Nancy, celle de type 2 intéresse Chaumont, et enfin celle de type 1 implique celle de Lunéville.

2. LES RESULTATS

2.1. L'étude 1 auprès des étudiants

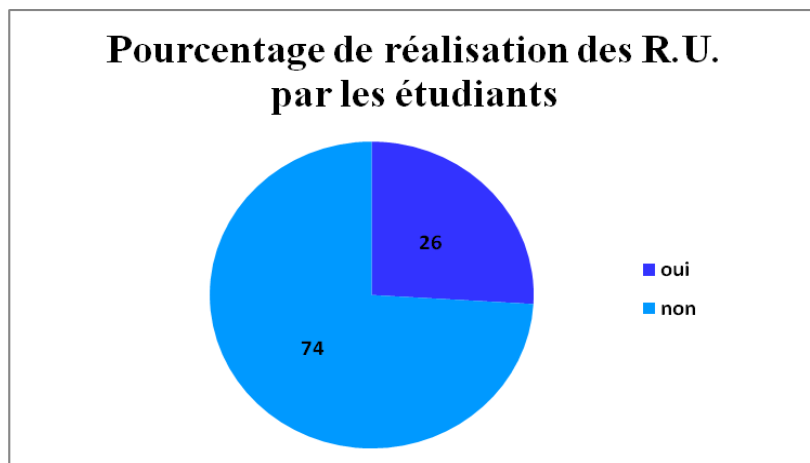
Notre promotion est représentée par 28 étudiants, mais seulement 27 questionnaires nous ont été restitués, nous avons donc étudié les résultats en fonction du nombre de retours, excluant de notre étude l'étudiant n'ayant pas répondu.

2.1.1. La réalisation des délivrances artificielles



Seulement 11% des étudiants en début de 4^{ème} année ont déjà pratiqué au moins une D.A., soit 3 sur 27. Parmi eux, deux en ont effectué deux fois et le troisième une seule fois. Nous tenons à préciser également que tous trois ont aussi réalisé des R.U.

2.1.2. La réalisation des révisions utérines



26% des étudiants de la promotion ont réalisé au moins une RU, ce qui représente 7 sur 27 ; 4 n'en ont effectué qu'une seule, dont une a précisé n'avoir « mis

que la main ». Pour les 3 autres, une en a pratiqué deux fois, la seconde trois fois et la troisième en dénombre 5, avec comme précision qu'elle les a effectuées essentiellement à l'extérieur du territoire français.

2.1.3. Les difficultés énoncées

Nous avons répertorié les difficultés rencontrées par ces étudiants en action, soit 6 (l'une ayant précisé qu'elle n'avait pas eu de sensation par manque de temps, car elle a juste « entré-sorti » sa main). Chaque étudiant déplore plusieurs raisons, nous avons ainsi fait figurer sous forme de tableau les termes qu'elles ont employés, en les regroupant en deux grands axes : les difficultés « techniques » et « personnelles ».

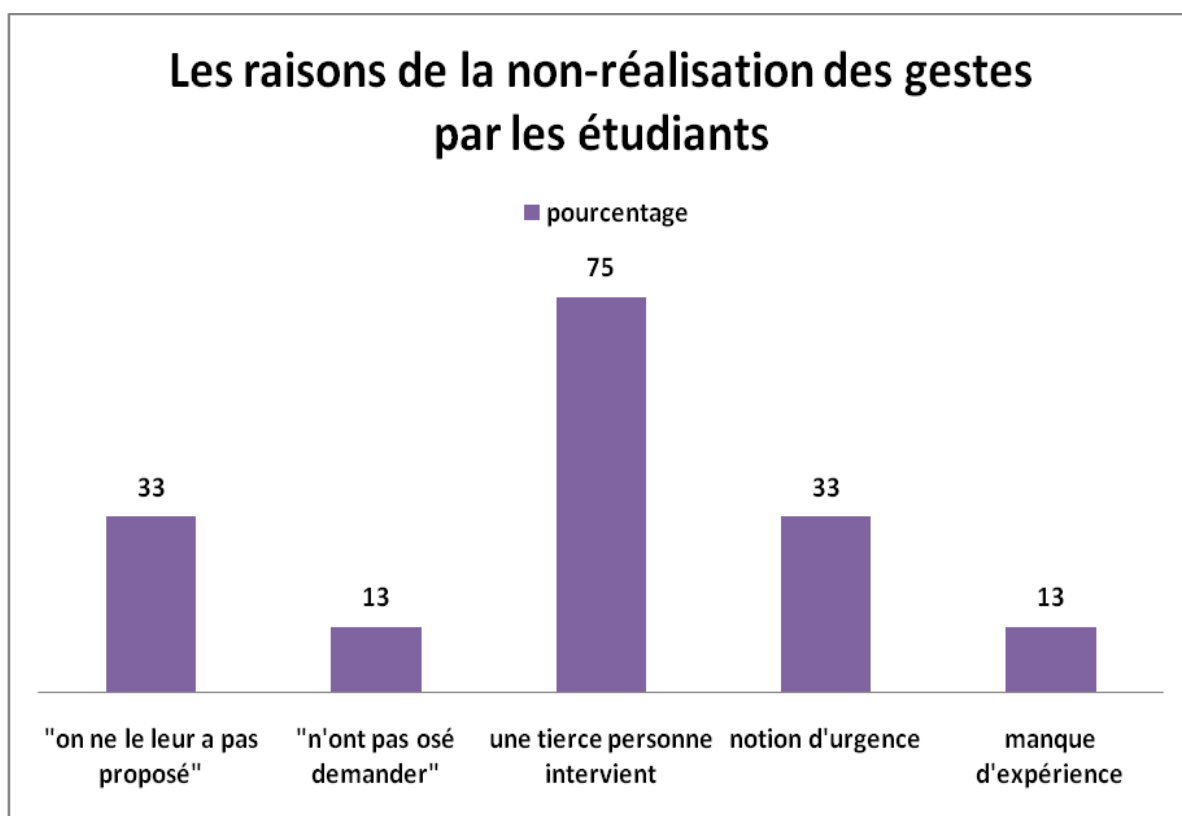
Les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'une délivrance artificielle et/ou une révision utérine		Effectif	
Techniques	Problèmes de « repères »	3	8
	Problèmes de « sensations »	3	
	Gestuel : « problèmes pour passer le col »	1	
	Echec : « ne sait pas pourquoi »	1	
Personnelles	« Peur de faire mal »	1	2
	« Incertaine de tout avoir »	1	

8 étudiants ont rencontré des difficultés d'ordre technique, avec essentiellement des problèmes de repères et de sensations, qui n'ont pas été plus détaillées dans les questionnaires, un étudiant n'a pas su décrire quelle a été la raison de son échec. En revanche, un autre a bien souligné sa difficulté pour franchir le col. Un tiers des étudiants (soit 2 sur 6) ayant effectué l'un ou ces deux gestes expriment leurs limites d'un point de vue personnel. Des notions « d'incertitude » ou « de peur d'agir de façon douloureuse » sont exprimées.

7 étudiants sur 27 ont donc une sensation endo-utérine du geste. Pour les 20 n'ayant jamais effectué de RU, tous y ont déjà tout de même assisté. En revanche, seulement 22 sur 24 n'ayant jamais pratiqué de DA en ont déjà au moins vu une ; 2 étudiants n'ont donc jamais observé leur réalisation.

2.1.4. La non-réalisation

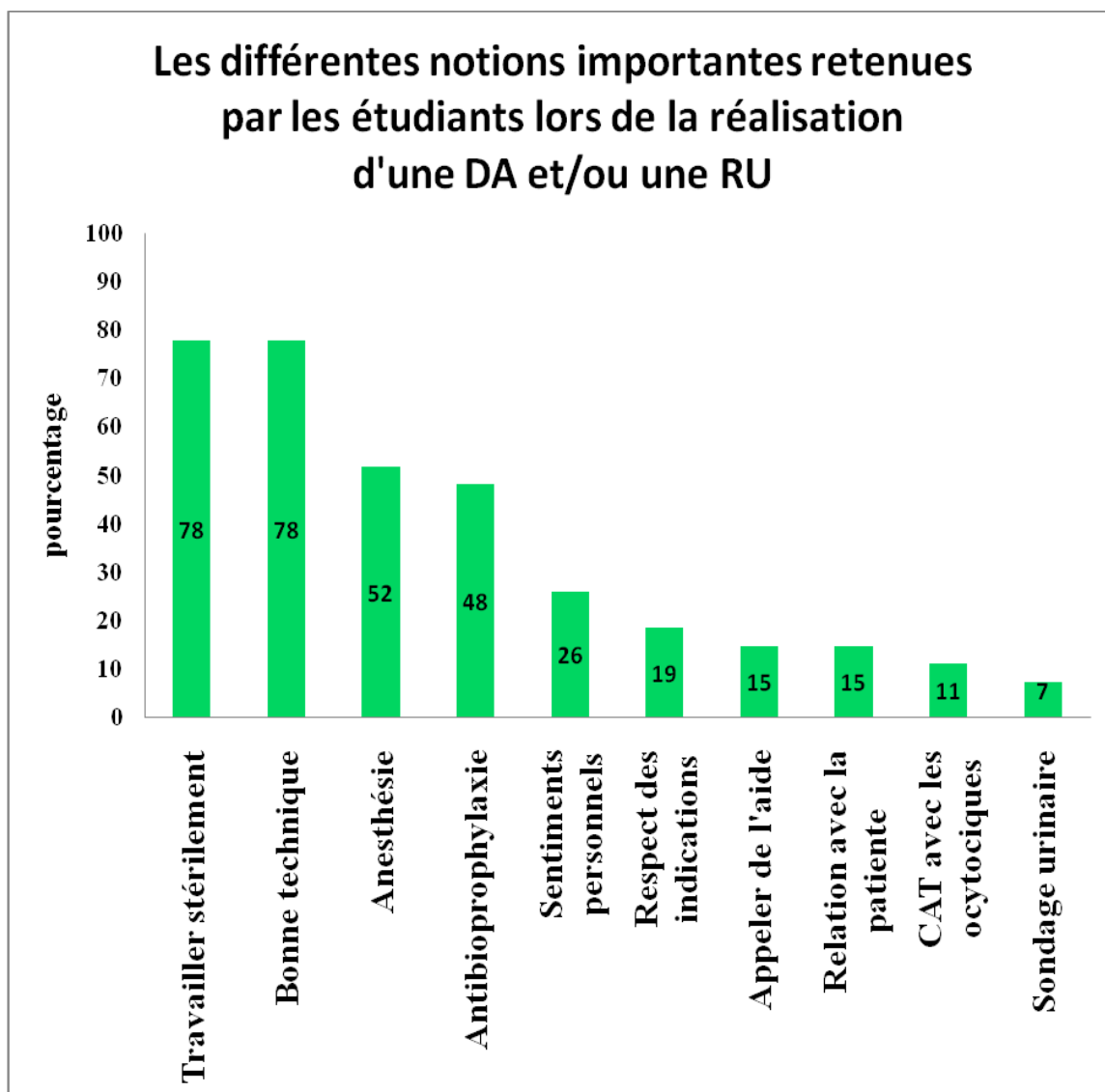
La non réalisation de ces deux gestes endo-utérins s'explique selon les étudiants par plusieurs raisons d'ordre différent, avec souvent plusieurs motifs donnés par chacun d'entre eux.



Nous avons gardé volontairement les termes utilisés pour deux raisons, car elles ont été décrites pour tous avec les mêmes mots : « on ne le leur a pas proposé » pour environ un tiers et ils « n'ont pas osé demander » pour 13%. Dans les situations où une tierce personne intervient, nous avons regroupé les cas où l'interne ou le médecin l'effectuent, avec une seule fois une sage-femme qui la réalise. Ces circonstances ont lieu dans $\frac{3}{4}$ des situations. La notion d'urgence regroupe le pronostic vital engagé, l'absence d'analgésie ou encore le manque de temps pour les explications, et tout ceci pour un tiers des étudiants. Enfin, dans la catégorie « manque d'expérience », nous avons inclus les étudiants qui y assistaient pour la première fois, ou ceux étant en tout début de cursus scolaire pour 13% d'entre eux.

2.1.5. L'aspect théorique

Voici les notions principales que les étudiants ont à l'esprit lorsqu'on leur demande ce qui est important lors de la réalisation d'une DA et/ou RU.

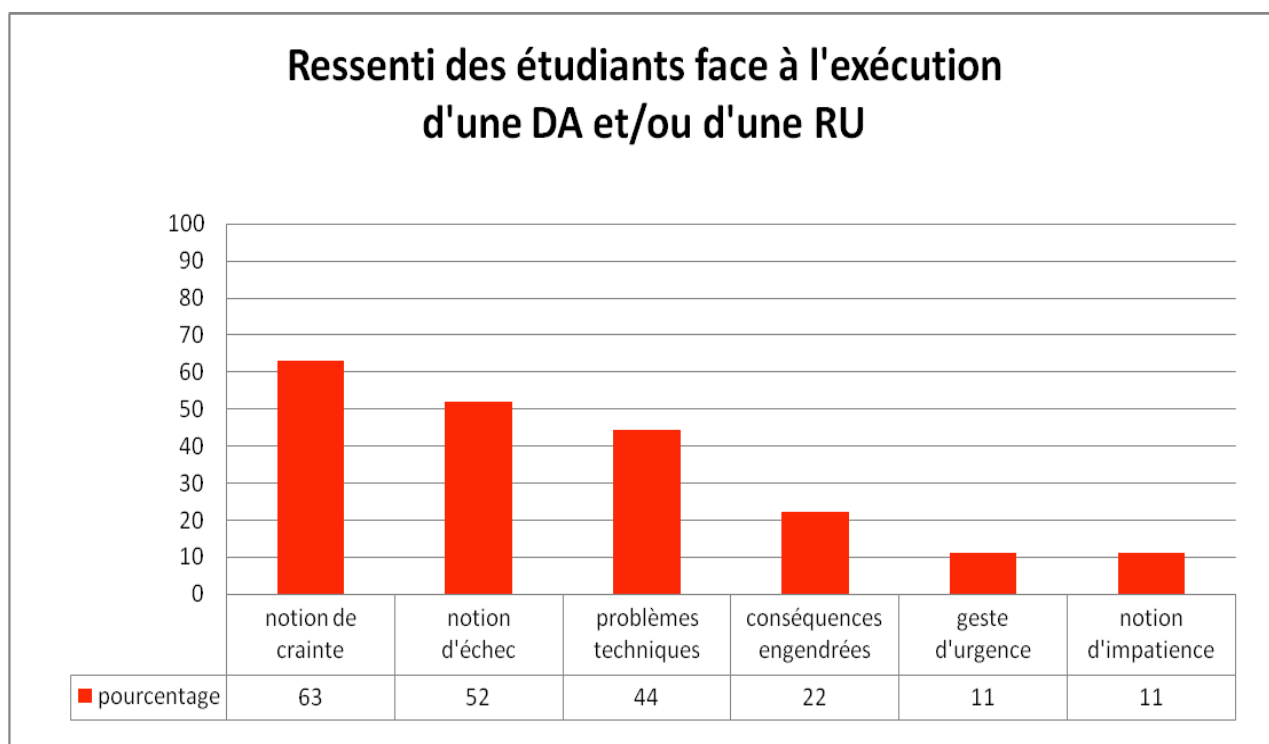


Les deux premières notions que les étudiants décrivent dans plus de $\frac{3}{4}$ des cas sont d'intervenir stérilement et d'utiliser une bonne technique. Dans « travailler stérilement », nous avons regroupé l'idée d'asepsie et de matériels stériles et dans la « bonne technique », comme son nom l'indique, tout ce qui est en rapport avec le geste lui-même : la recherche des repères, le maintien du fond utérin, le fait qu'il faut savoir faire le geste ont été aussi exprimés, et nous avons également inclus dans cette catégorie l'efficacité du geste qui à notre sens découle d'une bonne technique. Environ la moitié d'entre eux ont pensé à l'anesthésie et à l'antibioprophylaxie. Un quart ont tenu à

signaler le versant personnel de la technique où nous avons regroupé les termes comme : « rigueur », « confiance en soi », « ne pas paniquer ». Un cinquième environ ont précisé qu'il fallait respecter les indications du geste en citant les étiologies. Seulement 15% ont pensé à appeler de l'aide en prévenant tous les intervenants potentiels, et le même pourcentage souligne l'importance de la relation avec la patiente ; il faut expliquer le geste et prévenir la femme de ce qu'il va se passer. 11% se sont penchés sur la question des ocytociques en stipulant soit d'arrêter avant de réaliser les manœuvres, soit de mettre en place un relais après l'intervention. Et enfin 7% des étudiants ont pensé au sondage urinaire.

2.1.6. Les ressentis personnels

Vous trouverez ci-dessous la façon dont les étudiants appréhendent ces deux gestes endo-utérins :

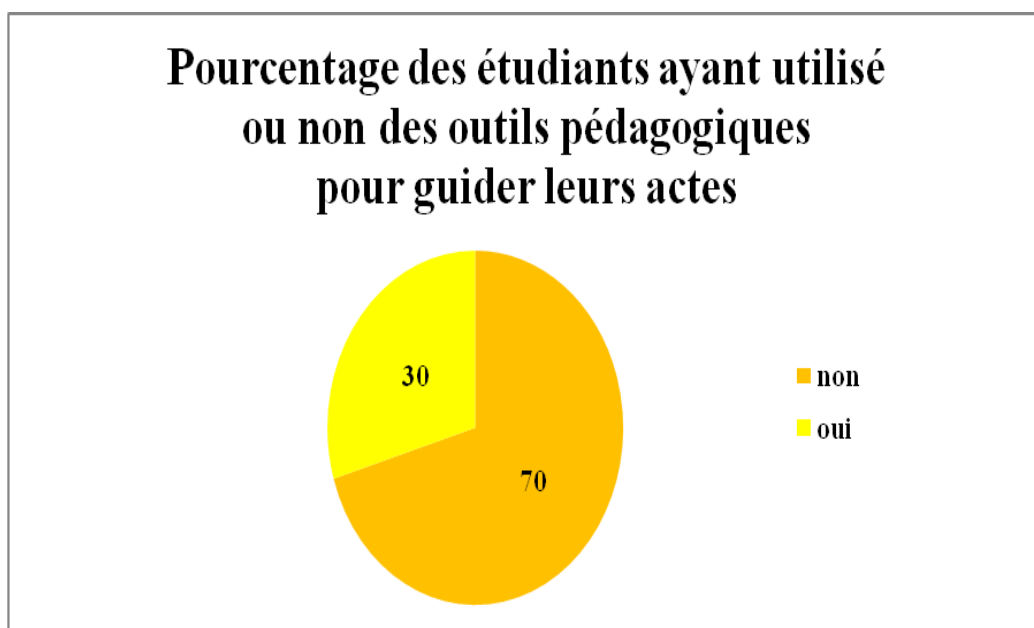


63% des étudiants ressentent de la crainte face à l'exécution de ces deux interventions : peur de ne pas savoir faire le geste, de ne pas sentir, de mal faire ; ils ont clairement exprimé ces sensations avec des termes tels que crainte, peur, angoisse. Un peu plus de la moitié d'entre eux craignent l'échec de leur action. Pour 44%, les problèmes techniques les inquiètent ; nous avons inclus dans cette catégorie les problèmes de repères, de maîtrise du geste, de sensations, d'explications insuffisantes

mais d'inexpérience aussi, ce qu'ils citent souvent avec les mots : « problèmes de formation ». 22% ont pensé aux répercussions du geste, essentiellement l'inquiétude de faire mal à la patiente : la notion de douleur est dans leur esprit. 11% craignent d'effectuer ces manœuvres dans l'urgence, avec surtout l'appréhension que l'obstétricien ne soit pas présent, donc se retrouver seul face à l'exécution d'un geste qu'ils ne maîtrisent pas. Cependant 11% expriment une certaine impatience d'exercer ces techniques, avec un désir tout de même précisé de les réaliser avant la fin de la formation.

2.1.7. D'éventuels compléments de formation

Notre dernière interrogation auprès des étudiants consistait à savoir s'ils avaient déjà eu recours à d'autres outils pédagogiques que les cours proposés pendant leurs études:



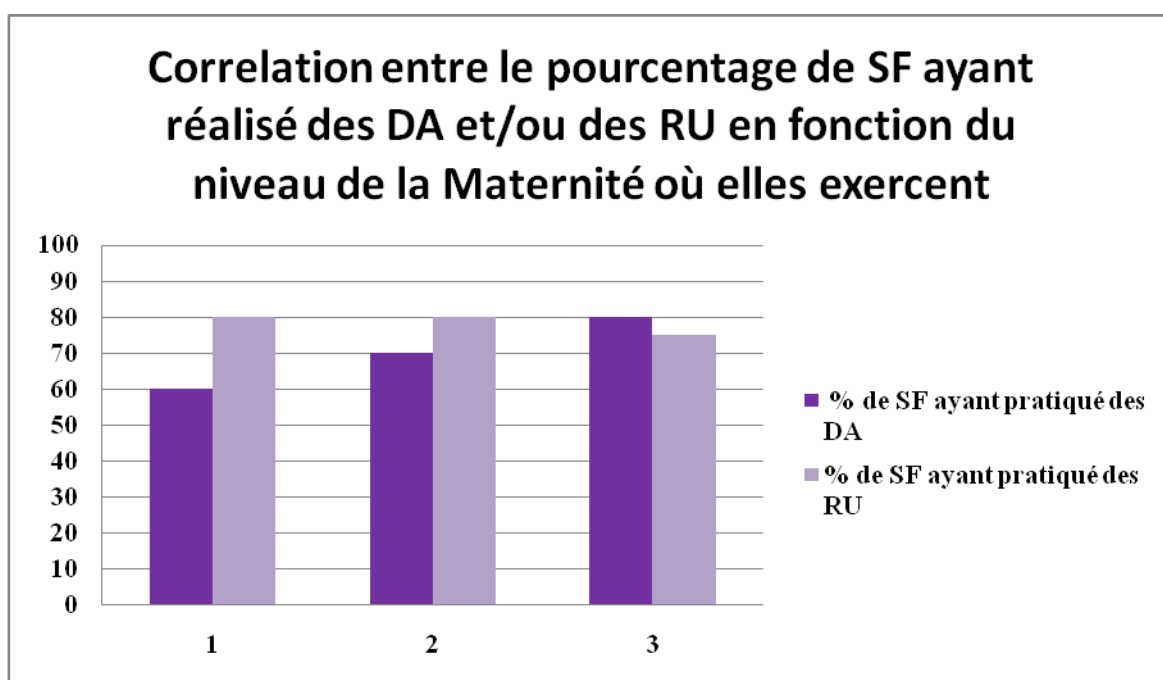
70% n'ont pas ressenti la nécessité de consulter des outils pédagogiques supplémentaires. Les 30% ayant éprouvé ce besoin représentent 9 étudiants sur 27, qui ont utilisé divers moyens pour se guider sur ces deux interventions : 4 ont eu recours au livre « La pratique de l'accouchement », 4^{ème} édition, Jacques Lansac, Henri Marret, Jean-François Oury, édition Masson ; 3 se sont renseignés sur internet et les deux derniers se sont documentés en lisant des protocoles.

2.2. L'étude 2 auprès des professionnels

40 sages-femmes ont répondu à notre questionnaire sous forme d'entretiens : nous avons pu en obtenir 10 auprès des professionnels de Lunéville, 10 auprès de celles de Chaumont et 20 à la Maternité Régionale de Nancy.

2.2.1. Influence du type de Maternité

Nous avons eu pour intérêt de savoir s'il y avait une corrélation entre le nombre de DA et/ou de RU effectué par les sages-femmes et le niveau de la maternité où elles pratiquent :



En Maternité de niveau 1, 60% des SF ont déjà pratiqué des DA et 80% des RU.

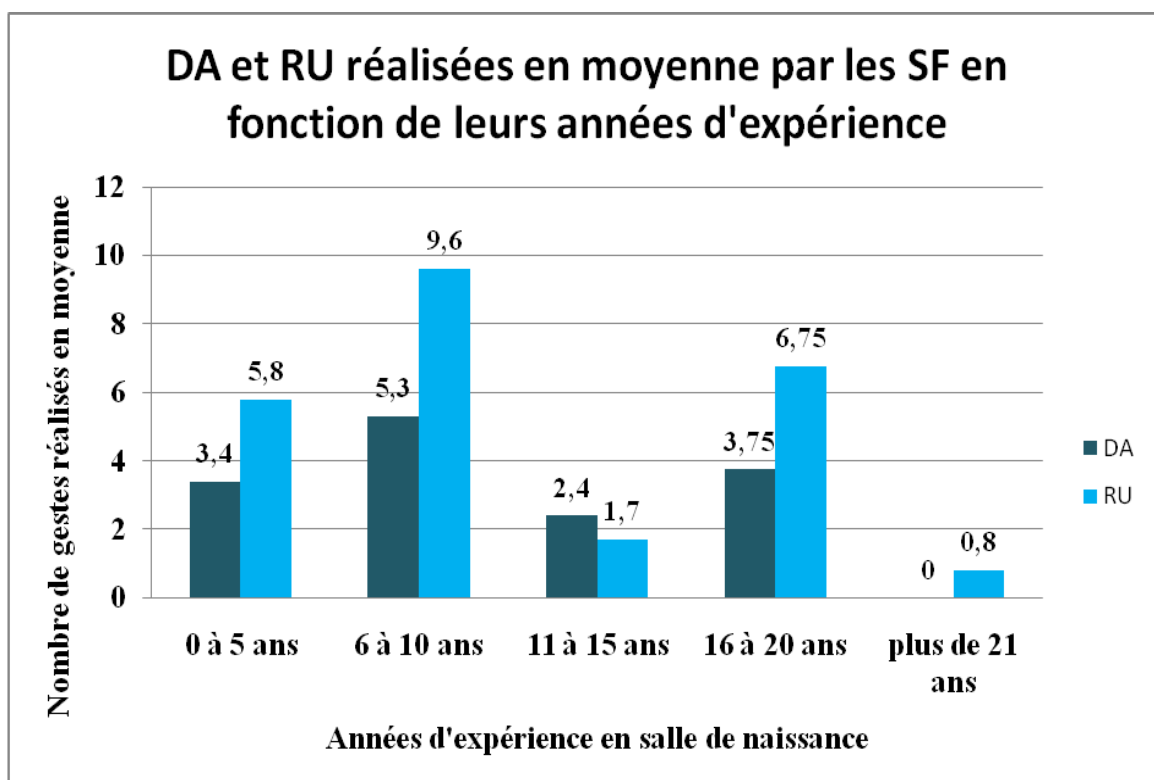
70% d'entre elles ont effectué des DA en niveau 2 et 80% de RU.

A la Maternité de Nancy, elles ont été 80% à réaliser des DA et 75% des RU.

Pour les 3 niveaux, les pourcentages de pratique des DA et/ou des RU sont proches et se situent entre 60 et 80%.

2.2.2. Influence des années d'expérience

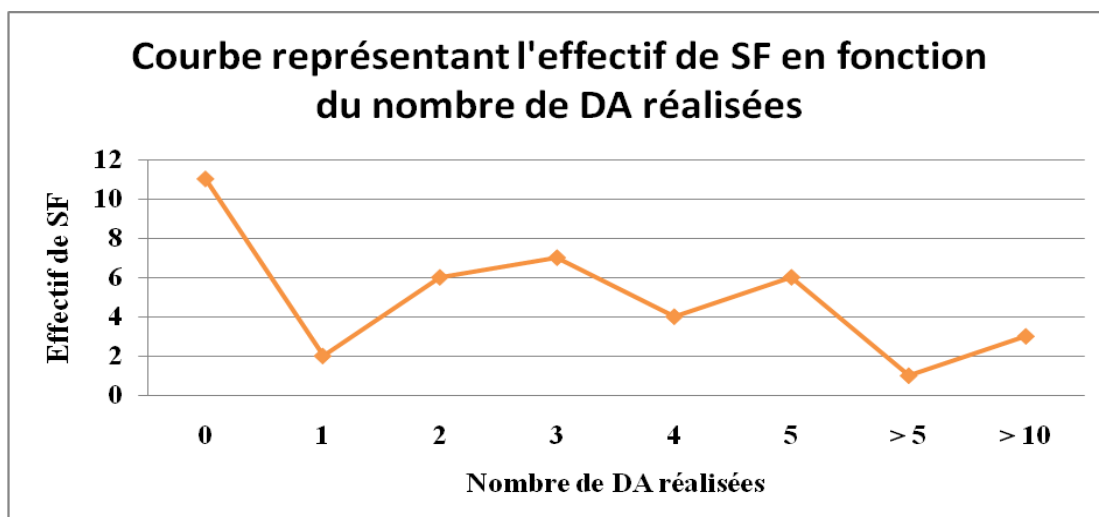
L'expérience en salle de naissance nous a également intéressés dans la mesure où nous voulions vérifier s'il existe un rapport entre l'ancienneté et le nombre de DA et RU qu'effectuent les SF.



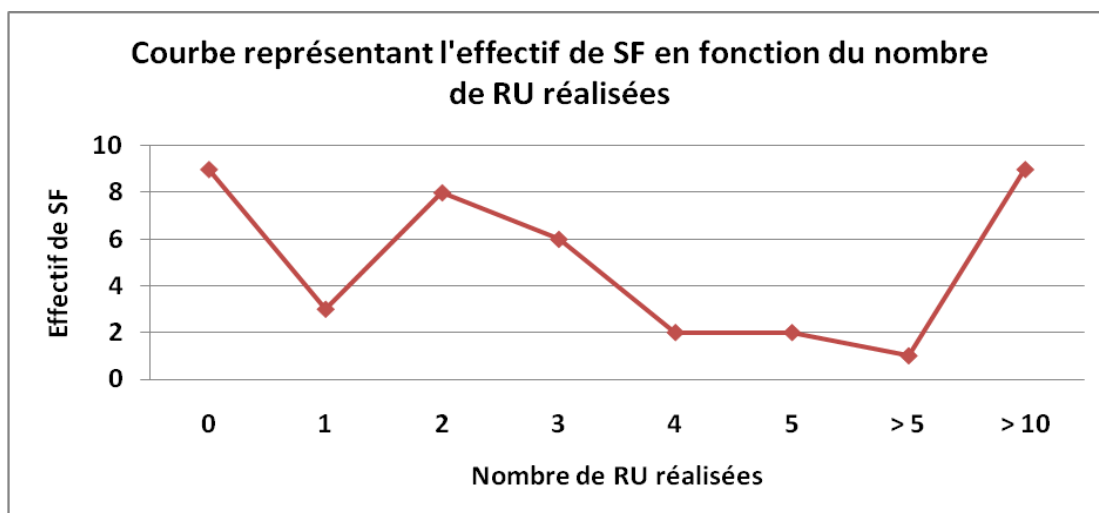
Les sages-femmes en activité, depuis l'obtention de leur diplôme d'Etat jusqu'à 5ans d'exercice en salle de naissance, ont déjà effectué en moyenne 3,4 DA et 5,8 RU. Entre 6 à 10 ans d'expérience inclus, elles en dénombrent en moyenne 5,3 pour ce qui est des DA et 9,6 pour les RU. On note 2,4 DA et 1,7 en moyenne pour les 11 à 15ans d'exercice. On constate une moyenne de 3,75 DA et 6,75 RU dans la tranche 16 à 20ans d'activité ; 0 DA et 0,8 RU seulement pour les sages-femmes diplômées depuis plus de 21ans.

2.2.3. Réalisation proprement dite des actes de compétences

Voici maintenant une notion très importante qui correspond à l'activité des sages femmes en rapport avec leurs actes de compétences.



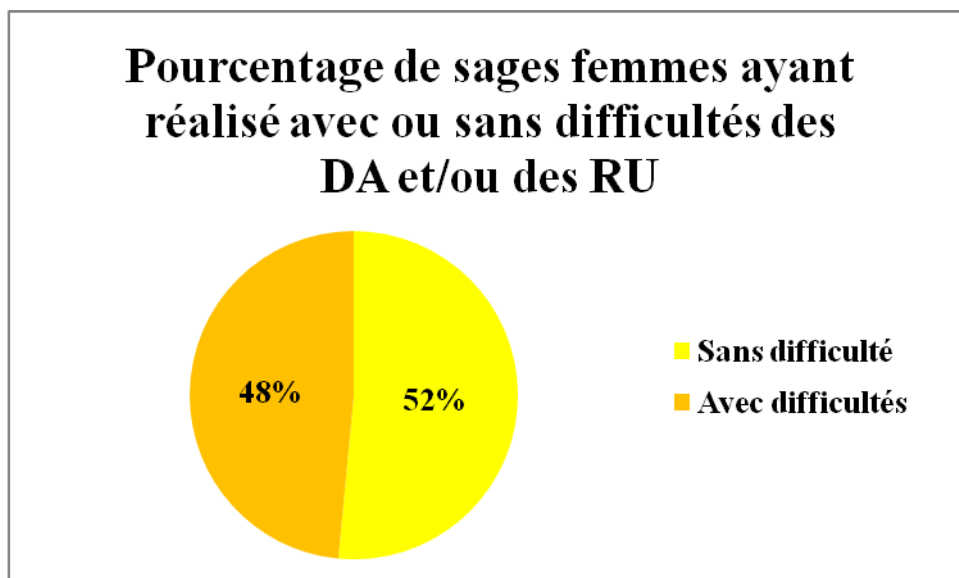
La majorité des sages-femmes interrogées n'ont jamais pratiqué de DA, 11 d'entre elles. La moyenne de DA qu'elles effectuent est de 3,4. Pour les 3 professionnels qui en réalisent plus de 10, 2 précisent en avoir fait un peu plus d'une dizaine et un entretien révèle 30 DA.



Les sages-femmes réalisent en moyenne 5,7 RU. Elles sont autant à en pratiquer plus de 10 qu'à n'en pas pratiquer du tout, soit 9 SF qui n'en ont jamais effectué. Parmi les 9, le maximum se situe à plus d'une dizaine pour 7 d'entre elles, une signale plus d'une quinzaine et la dernière affirme en avoir effectué 80 environ.

2.2.4. Des difficultés gestuelles et personnelles

Il nous importait de savoir si, lorsque les SF sont en action, la réalisation de ces gestes leur paraissait d'une certaine simplicité et si elles réussissaient à chaque fois, ou si au contraire elles rencontraient souvent des difficultés et de quel ordre.



Il est démontré par ce graphique qu'environ la moitié réussit avec des difficultés et l'autre moitié ne rencontre pas de problèmes. Il n'y a donc pas de tendance d'un côté ou de l'autre.

Sur les 33 ayant pratiqué des DA et/ou des RU, 16 d'entre eux ont été confrontés à des difficultés techniques et/ou personnelles avec souvent plusieurs raisons pour chacune.

Les difficultés rencontrées lors de la réalisation d'une délivrance artificielle et/ou une révision utérine		Effectif	
Techniques	Problèmes pour « l'expulsion du placenta »	7	20
	Gestuel : « problèmes pour passer le col »	8	
	Problèmes de « repères »	3	
	Divers	2	
Personnelles	Problème de force	2	9
	« Incertaine de tout avoir »	6	
	« Impression de ne pas pouvoir ressortir »	1	

7 sages-femmes ont eu des problèmes pour l'expulsion du placenta proprement dit avec, comme raisons données, les cas de placentas accretas ou enchatonnés ainsi que des difficultés pour utiliser le bord cubital ou encore pour l' « attraper » ; la rétraction du col est souvent une particularité ; pour 8 d'entre elles, cela pose problème lors de l'intervention car il est difficile à franchir ; les « repères » sont également cités 3 fois : la zone d'insertion étant pas toujours facile à trouver. Dans la catégorie « divers », nous avons inclus une situation qui s'est avérée compliquée pour la SF car il n'y avait pas d'anesthésie ; et, pour revenir à la pratique, une professionnelle a insisté sur la difficulté de maintenir le fond utérin avec la deuxième main. Ceci rejoint un peu les problèmes personnels de force pour deux d'entre elles. Nous avons également noté, pour 6 SF, le doute de ne pas savoir si tout avait été retiré. Et une nous a expliqué son appréhension de ne pas pouvoir ressortir sa main, ce qui est corrélé avec l'idée de rétraction du col d'un point de vue technique.

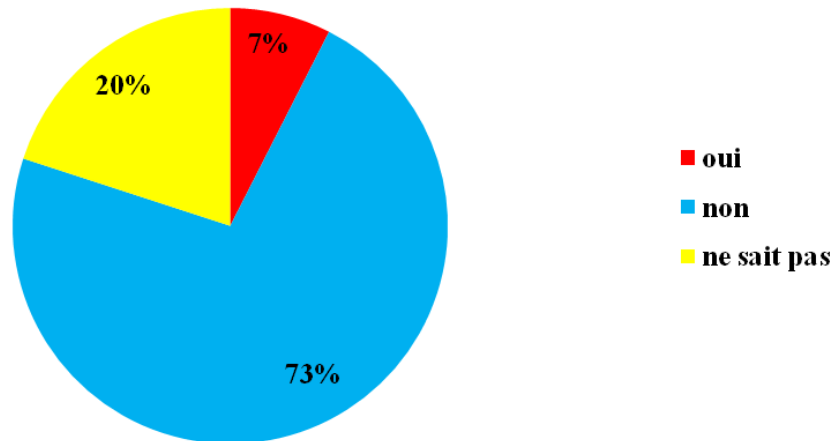
2.2.5. La non-réalisation

En tout, 20 SF n'ont jamais réalisé au moins un des deux gestes, et elles sont 7 à n'avoir jamais eu aucune notion endo-utérine, car elles n'en avaient pas non plus effectué pendant leurs études. Parmi les raisons données, 12 signalent que le médecin ou l'interne l'effectue. 3 précisent avoir le temps d'attendre l'arrivée de l'obstétricien. Une SF n'a jamais été en condition, et une justifie sa non-réalisation dans le fait qu'elle ne cherche pas à en faire.

2.2.6. Outils de service

Nous nous sommes penchés également sur l'existence d'un outil quelconque, protocole ou autre, au sein du service, qui puisse guider les professionnels sur l'organisation de la prise en charge à entreprendre lors de la mise en place de ces deux moyens thérapeutiques.

**Pourcentage de SF évoquant l'existence d'outil(s)
au sein du service pouvant les guider sur leur PEC
en rapport avec les DA et/ou RU**

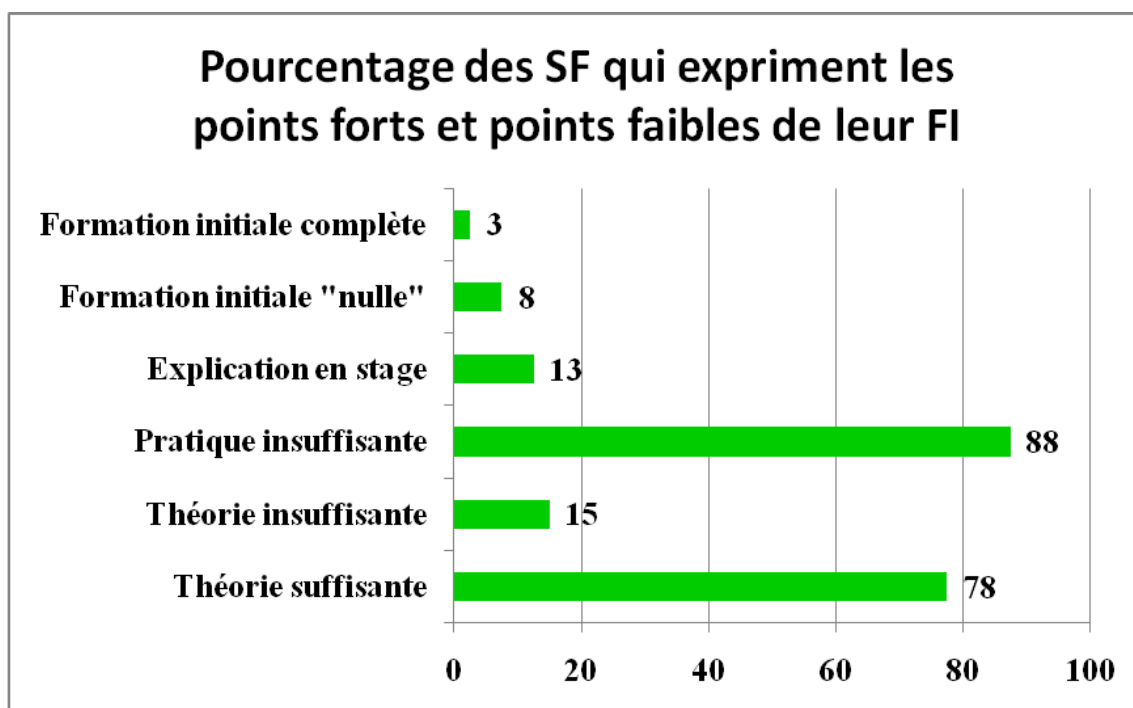


La majorité, 73% soit environ les $\frac{3}{4}$, n'ont pas connaissance d'un outil pouvant les aider dans leur PEC ; 8 SF sur 40 m'ont précisé qu'il n'existait que le protocole sur l'HDD mais qu'il ne détaille pas la prise en charge de ces deux gestes proprement dits et 3 ont ajouté qu'il existait juste un protocole en rapport avec l'asepsie pour les actes effectués en salle de naissance. 20% ne se sont pas prononcées car elles ne savaient pas ou ont répondu « je ne crois pas », « peut-être », « je ne pense pas ». 7% m'ont signalé l'existence d'une aide au sein de leur service, qui correspond en fait à un obstétricien qui, dès qu'il en a l'occasion, les forme et les encadre pour ces deux actes.

2.2.7. Leur formation initiale

Nous nous sommes interrogés sur la formation initiale (FI) qu'avaient reçue ces professionnels sur ce sujet dans le but de connaître les points forts et les points faibles de leur enseignement théorique et pratique, toujours dans l'objectif de connaître les faiblesses des méthodes passées afin de les améliorer et les atouts pour les renforcer, mais surtout de situer les failles.

Cette question ouverte a non seulement permis aux professionnels de s'exprimer avec leurs propres termes, mais aussi de s'exprimer librement.



88% des SF considèrent que la pratique est insuffisante mais 78% signalent tout de même une théorie suffisante. Cette théorie est en revanche qualifiée d'insuffisante pour 15% d'entre elles. 13% valorisent les explications données en stage. La formation est décrite comme « nulle » par 8% mais sans plus de précision, et au contraire 3% la trouvent complète.

2.2.8. Les éventuelles formations continues

Nous nous sommes demandé si, après la FI reçue par les SF, elles avaient déjà participé à des formations continues (FC) sur ces thèmes.

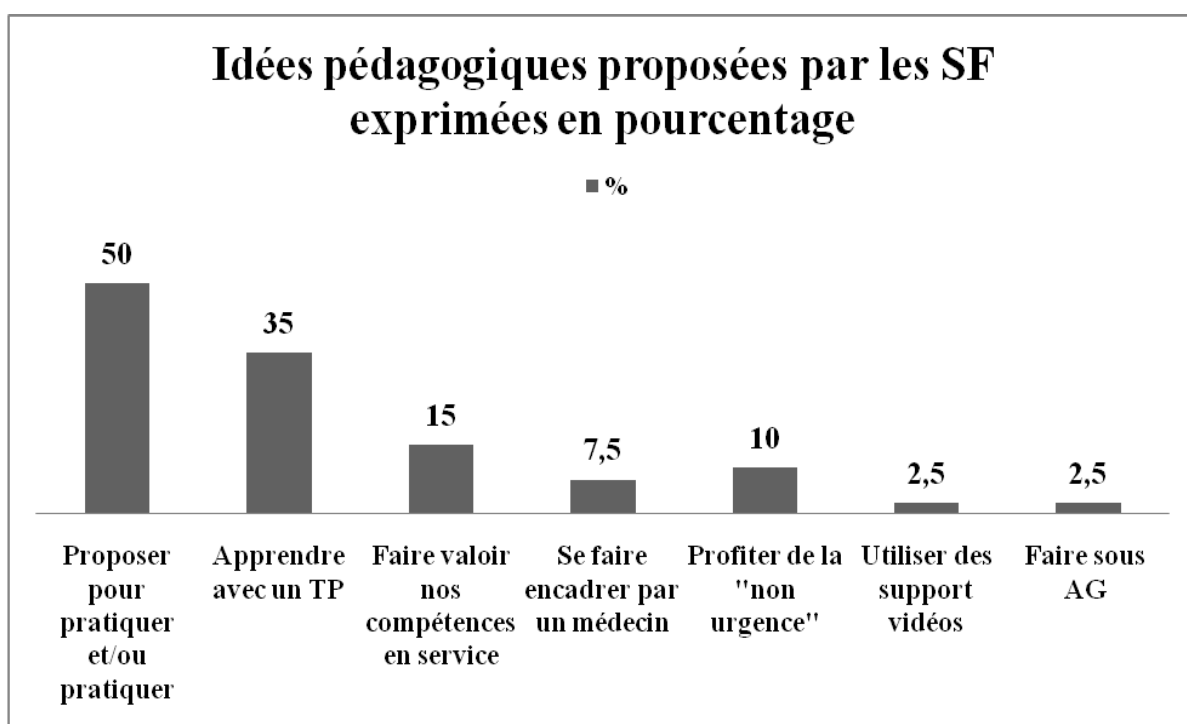
100% d'entre elles n'ont jamais abordé de formation continue à ces sujets. 3 SF sur 40 mentionnent tout de même un consensus sur l'HDD mais n'ont « pas souvenir » que la DA et la RU aient été traitées. Voici leurs raisons :

Raisons	Effectif	Pourcentage
« Pas de proposé »	27	68%
« Est-ce qu'il y en a ? »	3	8%
« Pas un souhait »	6	15%
« Bonne idée »	3	8%
« Pas de réponse donnée »	2	5%
« Autres »	4	10%

68% sont d'accord sur le fait qu'il n'y en a pas de proposé, 8% ne savent pas. 15% n'en voient pas l'intérêt, pourtant elles n'appartiennent pas au groupe de personnes en ayant effectué plus de 5 de chaque. 8% seraient en revanche intéressées. 5% ne se sont pas justifiées. Et la catégorie « Autres » pour 10% sont : des SF tout juste diplômées ; l'une d'elles précise avoir travaillé dans le privé où les formations ne sont pas rémunérées, et une autre nous signale qu'en « petite Maternité », il n'en existe pas.

2.2.9. Les idées pédagogiques proposées

Voici maintenant les idées proposées par les SF en activité pour leurs futurs collègues afin qu'elles intègrent au mieux ces deux gestes dans leurs compétences.



Une SF sur deux insiste sur le fait que les étudiants doivent s'imposer, c'est-à-dire proposer leur intervention afin de pouvoir pratiquer. 35% recommandent l'utilisation d'un TP. 15% s'accordent sur une modification de l'organisation des services en faisant valoir nos compétences au sein de toute l'équipe, et surtout sur nos objectifs minimum de référence. 7,5% sont pour un encadrement par un médecin car ces situations sont pathologiques. 10% proposent de profiter de la non-urgence pour s'entraîner. 2,5% aimeraient voir des vidéos s'ajouter au programme et autant préconisent une mise en situation lorsque la patiente est sous anesthésie générale.

2.2.10. Les remarques personnelles évoquées

Les SF ont pu s'exprimer librement, que ce soit sur le thème principal de notre étude, sur leurs réactions personnelles et sur tout ce qu'elles jugeaient nécessaire de préciser. Le sujet a été décrit comme étant intéressant et soulevant un réel problème, tant pour les étudiants que pour les professionnels, qu'il faut savoir maîtriser en urgence ; ce sont des gestes non sans conséquence pour la patiente et ils doivent être entrepris avec beaucoup de rigueur. Elles ont ainsi souvent soit rappelé la technique, soit mentionné de ne pas oublier l'antibioprophylaxie, de ne pas négliger l'asepsie et de s'assurer que l'équipe est au complet. Elles soulignent que la théorie est bien sûr essentielle même si la pratique reste la meilleure solution. Elles s'accordent sur le fait que les étudiants ne doivent pas hésiter à demander, voire s'imposer, et qu'un manque de motivation de leur part ne leur réussira pas. Elles ont également à l'esprit qu'elles n'ont pas toujours le réflexe de laisser l'étudiant pratiquer car elles-mêmes ne font pas souvent de DA et de RU sur le terrain, et qu'il serait bien qu'on en effectue plus en formation avec un encadrement adapté. Certaines ont précisé savoir en pratiquer pour mieux gérer en situation d'urgence, et que ce sont des actes importants dans le cadre d'une mission humanitaire. Nous concluons ce paragraphe sur deux notions principales retenues par un grand nombre de professionnels : « Ce n'est pas dans l'urgence qu'il faut s'inquiéter de ce que l'on ne maîtrise pas, et l'on ne maîtrise que ce que l'on fait souvent ! »

Partie 3

Une discussion pour des solutions

1. INTERPRETATION DES RESULTATS

Cette étude, menée tant du côté des étudiants que de celui des professionnels, ne concerne qu'un échantillon de personnes et ne peut donc pas être généralisée à la population générale. Ces résultats ne peuvent pas être validés par le biais de publication officielle car il n'en existe pas. Nous proposons donc une observation de la situation qui, cela dit, garde toute son importance, car les résultats soulèvent bien un réel problème de pratique.

1.1. L'étude 1 auprès des étudiants

1.1.1. Des étudiants actifs ou passifs

Pour ce qui concerne la réalisation de ces deux gestes endo-utérins, les chiffres sont inquiétants : seulement 10% environ des DA et un 1/4 des RU sont menées au cours des études par les étudiants. De plus étant donné ce nombre, nous sommes bien loin de remplir les conditions minimales exigées par la formation de SF ; une seule étudiante a atteint son quota de RU. Celle-ci précise les avoir effectuées pendant des stages en salle de naissances, à l'extérieur du territoire français. Certes l'étude a été réalisée en début d'année, mais il serait utopique d'imaginer que les étudiants n'ayant jamais pratiqué une de ces techniques, c'est-à-dire au moins 3/4 d'entre eux, remplissent en quelques mois les exigences de la formation minimale continue. Nous espérons qu'ils pourront s'exercer avant la fin de l'année, afin d'acquérir la sensation assez surprenante et particulière qu'il est impossible de décrire en théorie. Comment peut-on acquérir un geste sans le pratiquer ? Faut-il obligatoirement réaliser des stages internationaux pour augmenter nos chances ? Nous tenterons d'apporter des solutions à ces interrogations. Notre hypothèse selon laquelle les étudiants ne remplissent pas les quotas en terme de formation clinique minimale en rapport avec ces deux gestes est justifiée.

1.1.2. Quand les difficultés mêlent technique et sensations

Pour en revenir au ressenti tant gestuel que personnel des futures SF en formation, la technique décrite présente pour toutes certaines difficultés quant à la réalisation du geste en lui-même, ce qui n'est pas en soi inquiétant. En effet, il est

normal de ne pas le réussir spontanément, ou d'être confronté à certains problèmes face à un acte maîtrisé en théorie, mais méconnu en pratique. Les repères nous sont effectivement détaillés en cours, mais comme le précise très bien une collègue : « On a une méconnaissance de la technique réelle ». L'apprentissage passe avant tout par la pratique. Et les problèmes de sensations ne peuvent être résolus qu'en exerçant. Pour l'étudiant qui a échoué sans trouver d'explication, peut-être était-ce un souci également de nouveauté dans la technique ? En revanche, ce qui demeure plus problématique, en tant que futur professionnel, c'est que le ressenti personnel doit n'apparaître qu'en second plan pour laisser place avant tout à la technique. Mais en présence d'un obstacle, la gestion de ses propres émotions peut être plus difficile, d'autant plus que le pronostic vital est entièrement engagé et dépend directement du bon déroulement de cette intervention. Donc il est vrai que des difficultés techniques peuvent déstabiliser et s'ajouter au versant personnel, mais il faut savoir rester professionnel. Pour cela, nous devons intervenir d'abord de façon thérapeutique, mais aussi humaine, auprès de la femme en la rassurant au mieux : c'est ce qui fait toute la complexité de ces deux manœuvres. Et il faut garder à l'esprit que gérer ses émotions passe avant tout par une bonne connaissance de ce qui nous attend sur le terrain, car il est plus difficile de découvrir dans l'urgence des notions nouvelles tout en gardant son calme. Cependant, c'est le professionnalisme qu'il nous est demandé d'acquérir en cours de formation. Comment l'appréhender au mieux pendant nos années d'études ?

1.1.3. Volonté rime avec résultats

Donc, même si le constat en termes de réalisation reste alarmant, nous pouvons toutefois nous sentir soulagés dans la mesure où quasiment toute la promotion a déjà vu la PEC sur le plan organisationnel et technique, même si, malgré tout, il reste deux étudiantes pour qui les DA ne sont appréhendées que d'un point de vue théorique, sans aucun versant visuel, ne serait-ce que pour l'organisation de l'intervention. L'apprentissage passe par la théorie, l'observation, puis la pratique. Plusieurs constatations expliquent cette non réalisation. Dans la majorité des cas, soit pour trois quarts des étudiants, une tierce personne intervient, la SF, l'interne ou encore le médecin. Il n'est donc pas toujours facile pour les étudiants SF de trouver leur place, mais surtout de s'imposer, afin qu'elles aussi puissent s'exercer lorsque l'occasion se présente. En revanche, nous restons stupéfaits devant le fait qu'un tiers ont précisé que l'« on ne le leur a pas proposé ». Or, l'étudiant a pour devoir de diriger au minimum sa

formation, et demander à pratiquer fait partie de ses objectifs personnels sur les terrains de stage. En aucun cas, il ne doit être passif. Les chiffres obtenus concordent : comment peut-on remplir un quota minimum de gestes à réaliser si l'on reste simple observateur d'une situation ? 13% d'entre eux ont précisé qu'ils n'avaient pas osé demander sans préciser les raisons de leur hésitation : situation d'urgence ? Sentiment personnel ? La notion d'urgence a été évoquée dans un tiers des cas, où il est compréhensible que les intervenants ne prennent pas le temps d'expliquer ou de laisser faire. Une étudiante a toutefois précisé que la SF ne l'avait pas laissée intervenir car le médecin n'était pas sur place, ce qui peut souligner une certaine hésitation face à l'encadrement d'un geste plus ou moins maîtrisé. Or la SF, de par ses compétences, est en mesure d'encadrer ces futurs professionnels. Il existe donc un réel et double problème : la demande de l'étudiant qui ne s'impose pas, et le professionnel qui ne propose pas. L'entraînement reste la clé de la réussite et être volontaire permet d'obtenir des résultats.

1.1.4. La théorie intégrée

Notre questionnement sur les points essentiels qui viennent à l'esprit des étudiants face à la réalisation d'une DA et/ou une RU, montre que l'organisation du geste est tout aussi importante que le geste proprement dit. Le fait de le réaliser dans des conditions d'asepsie rigoureuse est dans presque tous les esprits (plus des $\frac{3}{4}$). De même pour ce qui concerne une technique rigoureuse et efficace : la moitié de la promotion a souligné le besoin d'une bonne anesthésie et l'injection d'une antibioprofylaxie ; c'est-à-dire que la moitié d'entre eux n'ont donc pas ces réflexes en tête. Mais est-ce simplement un oubli lors de la rédaction ? Ou serait-ce un potentiel oubli sur le terrain ? Certes, une fois en condition, les conduites à tenir reviennent très vite ; mais dans la précipitation et le stress, des éléments de PEC immédiats pourraient ils être oubliés ou en tout cas retardés ? Nous l'avons déjà évoqué, l'apprentissage passe par la pratique, mais en l'absence d'entraînement les réflexes ne sont pas aussi spontanés. L'appel de l'obstétricien, le sondage urinaire ou encore l'arrêt des ocytociques ont été fortement négligés, ce qui remet directement en cause une PEC adéquate et optimale pour les patientes. Est-ce également un oubli ?

Cet axe de recherche nous a permis de dresser un état des lieux des connaissances des futurs professionnels, essentiellement dans le but de recadrer la conduite à tenir lorsqu'une DA et/ou une RU est envisagée. A la suite de ces résultats, nous avons envisagé de trouver un moyen nous permettant d'approfondir ces notions

importantes. Un dispositif de simulation remplirait parfaitement ces conditions et permettrait aussi d'apporter des solutions favorables au ressenti des étudiants (crainte, doute, échec). Leur permettre d'appréhender cette technique grâce à un entraînement, peut les aider à retrouver une certaine assurance, même si quelques étudiants ont approfondi leurs connaissances en effectuant des recherches personnelles sur internet ou dans des livres, afin de connaître la théorie la plus complète possible. L'éducation passe avant tout par la pratique, l'apprentissage visuel et gestuel. Les terrains de stages ne leur permettant pas d'acquérir la formation clinique minimale, proposer un nouveau concept de savoir-faire et savoir-être est une alternative. Nous vous l'expliquerons plus précisément dans une prochaine partie.

1.2. L'étude 2 : auprès des professionnels

1.2.1. Les sages-femmes et leurs compétences

Pour ce qui concerne notre hypothèse initiale, celle-ci a été très vite infirmée dans la mesure où les résultats nous prouvent le contraire. Il n'y a pas de différence significative entre les différents niveaux d'exercice concernant le nombre d'interventions des SF, que ce soit en rapport avec les DA ou les RU : les 3 maternités ont un pourcentage d'exercice qui se situe entre 60 et 80%. Le niveau de la maternité où la SF exerce n'augmente donc pas ses chances en termes de pratique, contrairement à ce que l'on pourrait penser. En effet, beaucoup ont à l'esprit que plus un établissement est médicalisé, plus les intervenants sont nombreux et donc moins les SF interviennent. L'organisation du service est l'une de ces raisons, car les médecins sont présents immédiatement en cas d'appel et les internes en formation interviennent souvent. Or, même si les étudiants, comme nous l'avons vu précédemment, n'y trouvent pas réellement leur place, les SF quant à elles sont dans l'exercice de leurs compétences. Cela dit, cette étude ne concerne que 3 maternités de niveaux différents ; en aucun cas nous ne pouvons généraliser à l'ensemble des maternités. De plus, un effectif plus grand de SF interrogées dans les petits centres aurait très bien pu faire basculer rapidement la tendance à la hausse ; la question du niveau de maternité où elles ont précédemment exercé n'a donc pas d'importance notable ; elle aurait été plus remarquable si nous avions retrouvé une différence plus marquée entre les différents niveaux.

Un constat tout aussi imprévu concerne le nombre de DA et de RU effectuées en moyenne par les SF, en fonction de leurs années d'expérience. Il est expressément

démontré que les professionnels de plus de 21 ans d'expérience n'ont jamais réalisé de DA de leur carrière et n'ont effectué des RU que faiblement (0,8 en moyenne). Entre 11 et 15 ans d'expérience, leur activité n'est pas non plus très élevée. Elle demeure la plus forte pour les professionnels en exercice depuis 6 à 10 ans, que ce soit pour les DA ou les RU. Nous aurions pu nous attendre à ce que plus les SF ont un nombre croissant d'années d'expérience, plus elles pratiquent, or ceci n'est pas démontré. Concernant la classe des 6 à 10 ans, une exception apparaît : un professionnel a déjà effectué 30 DA et 80 RU. Le maximum d'actes effectués pour toutes les SF questionnées est de 10 DA et 15 RU. Afin de nous donner une idée plus juste, en l'excluant de l'étude nous obtenons une moyenne de 3,1 pour les DA et de 3,2 pour les RU.

Pour ce qui est des DA, 4 professionnels seulement sur 40 interrogés stipulent en avoir réalisé plus de 5, soit seulement un dixième de cette population. Les 9 dixièmes restants remplissent à peine le minimum requis à la sortie de l'école. Les $\frac{3}{4}$ des sages-femmes des différentes maternités n'ont pas atteint les 5, nous sommes bien loin d'un geste fait et refait avec un si petit nombre de réalisations. Et pourtant, cette manœuvre est au cœur de nos compétences. Mais avec une moyenne de 3,4 DA effectuées par SF, comment pouvons-nous maîtriser un geste tout juste pratiqué ?

Il en est de même pour les RU, même si elles en réalisent un peu plus avec une moyenne de 5,7. Mais 28/40, soit presque $\frac{3}{4}$ d'entre elles, n'ont encore jamais atteint le nombre de 5, qui est, nous le rappelons, le minimum exigé par la formation clinique.

11 SF n'ont jamais réalisé de DA et 9 de RU, donc la moitié des SF questionnées n'ont jamais effectué au moins l'un de ces deux gestes. Ces constats confirment bien que la SF ne remplit pas totalement les actes de compétences qui lui sont propres. Heureusement, elles y ont toutes déjà assisté et connaissent donc l'organisation de ces gestes ; il ne leur manque que la sensation, qui est pourtant la plus importante.

Tout ceci confirme notre hypothèse selon laquelle les SF ne réalisent pas tous les actes de compétences qui leur sont attribués.

1.2.2. Les difficultés de réalisation et la non-réalisation

Comme nous l'avons écrit en première partie, ce geste paraît facile d'un point de vue technique. Mais en pratique, la moitié des SF rencontrent des difficultés de plusieurs ordres, techniques et/ou professionnels. Notre hypothèse selon laquelle les SF rencontrent divers problèmes en réalisant ces actes est donc confirmée. Pour ce qui est

des difficultés techniques, nul n'en est à l'abri ; ainsi la SF peut-elle être confrontée tout d'abord et le plus souvent à une rétraction du col, qui lui permet tout juste d'y passer la main. Puis des problèmes de repères peuvent s'ajouter : il faut trouver la zone d'insertion placentaire et donc son plan de clivage. Ensuite, le décollement du placenta et son expulsion peuvent être difficiles, car il faut une certaine force physique. La SF peut aussi avoir l'impression de ne pas pouvoir sortir sa main ; enfin elle peut douter du retrait de tous les éléments. Toutes ces notions doivent être intégrées à nos connaissances, c'est pourquoi nous les avons détaillées : exposer à la SF n'ayant jamais pratiqué les éventuelles situations qu'elle peut rencontrer ne peut être que bénéfique pour un geste qui lui est inconnu. La moitié d'entre elles auront tout de même la chance d'y arriver sans problèmes. Mais les situations se suivent et ne se ressemblent pas toujours. C'est de la pratique et de l'expérience que naissent la confiance, donc une meilleure gestuelle, et les résultats qui en découlent. Attention cependant à ne pas faire courir de risques inutiles aux patientes par des actes mal menés.

Les raisons de leur non-intervention se rapprochent de celles données par les étudiants : un médecin ou un interne présents les accomplissent ; il s'agirait donc d'habitudes de service, même si certaines SF précisent volontairement attendre l'arrivée du médecin lorsqu'il n'y a pas d'urgence. Mais ne serait-il pas judicieux dans ces situations de proposer de les effectuer ? Les SF doivent donc s'accorder elles-mêmes avec les chefs de garde et leur rappeler si nécessaire leurs compétences et celles des étudiants, d'autant plus lorsqu'une situation non urgente se présente et que l'encadrement peut s'effectuer dans les meilleures conditions. Non seulement le médecin est la personne de choix pour encadrer cette situation pathologique sur le terrain, aussi bien auprès de l'étudiant que de la SF, mais celle-ci doit aussi être apte à enseigner cette technique à ces futurs collègues en stage, afin qu'ils puissent remplir leurs objectifs minimum de référence.

1.2.3. Les outils mis à disposition par les Maternités

Nous avons recherché quels étaient les outils mis à disposition dans les services, ainsi que les éventuelles formations continues proposées par les Maternités. Les moyens mis en œuvre pour les professionnels sont faibles : ils ne disposent d'aucun protocole pour les guider sur la PEC proprement dite des techniques envisagées, hormis celui de l'HDD, mais qui ne donne aucun détail. Certaines n'ont aucune connaissance de l'existence d'un moyen pouvant les orienter. Les quelques SF ayant répondu

positivement à la présence d'une aide nous ont fait part en réalité d'une aide physique, celle de l'obstétricien du service. Dès que l'occasion se présente, il n'hésite pas à les former et les encadrer dans leurs démarches. Ceci correspond à nos attentes précisées dans le paragraphe précédent, qui sont donc envisageables d'un point de vue pratique.

Les formations continues normalement proposées dans les établissements en vue d'entretenir et de perfectionner les connaissances de leurs professionnels n'abordent en aucun cas ces deux thèmes. Les seules s'en approchant sont celles concernant l'HDD, mais l'organisation des gestes à réaliser (DA et/ou RU) n'est jamais exploitée.

1.2.4. La formation initiale des professionnels

L'intérêt de s'interroger sur la formation initiale des professionnels est de constater les points forts ainsi que les points faibles de celle-ci, dans le but d'améliorer de la qualité des soins proposés aux patientes, mais aussi leur sécurité. Nous constatons qu'un problème se pose sur le terrain : les SF ne s'exercent pas suffisamment. La pratique réelle en salle de naissance n'est donc pas un outil d'entraînement satisfaisant et aucun autre moyen n'est mis à la disposition des professionnels : protocole, formation continue pour les aider et les encadrer dans leur démarche. Il est donc important de se pencher sur la formation qu'ils ont reçue pendant leurs études, la seule concrète qu'ils possèdent. Or le même problème est soulevé, dans la mesure où la majorité signale clairement une insuffisance dans la pratique, ce qui concorde avec les résultats obtenus auprès des étudiants. Cependant, la plupart précisent un enseignement théorique suffisant. Les quelques exceptions stipulant le contraire sont des SF avec plus de 15 ans d'expérience, qui ajoutent ne pas se rappeler les cours qui leur ont été donnés. Voilà une raison de plus pour proposer des moyens concrets aux SF en activité.

2. LES LIMITES DE L'ETUDE ET LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES

Les limites de notre étude sont de plusieurs ordres, et il est important de prendre un certain recul face aux résultats obtenus afin de ne pas en faire une interprétation trop hâtive.

2.1. L'étude dans son ensemble

2.1.1. Auprès des étudiants

Pour ce qui est de notre intervention auprès des étudiants en dernière année de formation, les questionnaires ont été distribués au mois d'octobre afin de permettre une interprétation des résultats dans les délais du rendu du mémoire. Mais il serait intéressant de connaître, au mois de juin, quelles variations ont eu lieu au cours de l'année, afin de savoir si la quatrième année est plus propice à la réalisation de ces deux actes. Certes, en théorie oui, car les cours ont été traités et l'expérience sur le terrain est suffisante pour que ces manœuvres soient réalisées par les personnels habilités à les effectuer. Mais les étudiants SF en dernière année ont-ils vraiment plus de chance d'être acteurs, sachant que les professionnels interviennent peu en pratique ? Interroger les collègues de l'année précédente aurait pu être une solution, mais il aurait fallu leur distribuer le questionnaire avant la fin de leur cursus, soit en mai. Effectuer cette étude auprès de la promotion à laquelle j'appartiens justifie d'autant plus mon investissement face à cette problématique.

Une autre limite au contenu de ces questionnaires auprès des étudiants est que nous avons omis de nous renseigner sur les raisons possibles de consultation d'outils pédagogiques : s'agit-il de notions mal comprises ou juste un complément d'une théorie déjà maîtrisée ? Et pour les autres, estiment-ils posséder toutes les connaissances à ce sujet ? Les résultats des notions principales qu'ils évoquent au moment des manœuvres nous laissent toutefois penser que la maîtrise n'est pas optimale. Ces précisions auraient permis de savoir si la présentation théorique proposée sur la DA et la RU était la meilleure d'un point de vue pédagogique.

2.1.2. Auprès des professionnels

Notre démarche auprès des SF a été plus complexe tout simplement pour trouver une Maternité qui accepte les entretiens téléphoniques.

Nous n'avons pas exploité la totalité des items présentés, car pour ce qui est des niveaux de maternités des années précédentes, les données auraient été exploitables si nous avions retrouvé une différence de pratique selon le niveau.

Notre question sur la formation continue aurait pu être complétée, afin de savoir si elles sont en demande, même si certaines l'ont précisé spontanément, de même pour ce qui concerne d'éventuels protocoles dans les services.

La présentation de nos interrogations auprès des SF, sous forme d'entretien, a été retenue dans le but de faciliter le recueil de données, et de créer un véritable dialogue avec elles sur le thème abordé et la problématique soulevée.

Cette forme de présentation a cependant été une limite par rapport au nombre de SF interrogées. Un effectif plus important aurait été plus représentatif mais le problème est tout de même bien présent. Les étudiants ne remplissent pas la formation clinique minimale qui leur est imposée. Et les sages-femmes ne pratiquent que très peu leurs actes de compétences.

2.2. Des solutions nécessaires

2.2.1. L'organisation du service

Les DA et les RU font partie intégrante de nos actes de compétences ; les SF doivent être en mesure d'encadrer leurs futurs collègues dans leur démarche. Une réunion avec les potentiels acteurs de ces manœuvres (obstétriciens, internes et sages-femmes) peut être une solution afin que soient exposés, non seulement les objectifs cliniques de référence des étudiants, mais aussi les compétences des SF sur la réalisation des DA et RU. Pratiquer est le meilleur moyen de se familiariser avec le geste. Une entente professionnels-étudiants devrait donc avoir lieu afin que chacun y trouve sa place. Certes les internes, futurs médecins, doivent aussi en effectuer dans leur cursus, mais lorsque la technique est maîtrisée par eux, il serait intéressant qu'à leur tour ils encadrent les étudiants sages-femmes.

Nous avons cherché à savoir s'il existait, au sein des services, un protocole ou un outil qui permettent de guider les intervenants sur les techniques proprement dites de ces deux manœuvres. Toutes les réponses sont négatives ; certaines rappellent le

protocole de l'HDD, or celui-ci ne fait que stipuler d'effectuer une DA et /ou une RU sans en détailler les étapes. Les SF possèdent-elles à leur portée les outils nécessaires pour une PEC adaptée ? Nous verrons donc dans une prochaine partie les alternatives possibles pour pallier ce manque considérable de moyens des sages-femmes.

2.2.2. Des résultats concordants

Une étude comparable a été réalisée à l'occasion d'un travail de fin d'études et il nous permet de confirmer à plus grande échelle nos constats. En effet, cette étude s'est intéressée à plusieurs Maternités et Ecoles de SF du Nord-Est. 148 étudiants SF et 91 SF ont été questionnés. Pour les futurs professionnels, 69% n'avaient jamais pratiqué de DA et 70% ne se sentaient pas prêts. Notre étude retrouve le même sentiment d'appréhension, mais surtout le manque considérable de pratique.

Du côté des SF, le manque d'exercice de leurs compétences est là aussi mis en avant : 47% des SF interrogées n'en ont jamais effectué et une SF sur deux effectuait seule sa première intervention. Une formation initiale rigoureuse et la plus complète possible est donc hautement nécessaire.

Pour ce qui est de la formation continue, 31% des sages-femmes étaient en demande, ce qui nous conforte d'autant plus dans notre idée de trouver des solutions concrètes et réalisables, mais surtout bénéfiques pour tous. [32]

3. LA CLE DE LA REUSSITE : SE FORMER ET PRATIQUER

Tous les problèmes cités précédemment, et justifiés par cette étude, nous montrent bien qu'il existe encore de nombreux efforts à faire en terme de formation initiale pour les étudiants, et de formation continue pour les professionnels. Les constats établissent, en effet, un manque considérable de pratique autant pour les étudiants que pour les sages-femmes. Donc, non seulement la formation clinique minimale n'est pas atteinte par les futurs professionnels avant l'obtention de leur diplôme ; mais, de plus, une fois en activité, les sages-femmes ne remplissent pas les actes de compétences qui leur sont attribués. Comment pallier ce manque de pratique? Voici une alternative envisageable.

3.1. Agir sur la formation initiale

Les bases d'un apprentissage correctement mené et complet, sur le plan pédagogique, ne peuvent que renforcer cette politique de bonne conduite concernant la réalisation des DA et des RU. Etant donné le manque de pratique constaté sur le terrain, il nous est donc venu à l'esprit de proposer une démarche destinée à compenser ce déficit par la mise en place d'une action ; celle-ci s'implique directement dans la formation initiale proposée aux étudiants, mais s'étend également au versant professionnel.

3.1.1. Une démarche de simulation

Intégrer une démarche de simulation au sein du programme d'enseignement a pour but, avant tout, de remplir les objectifs de formation clinique minimale demandés aux étudiants, qui ne sont que rarement atteints. La simulation est une technique qui permet de remplacer des situations réelles par une mise en condition sur mannequin. Celle-ci entraîne tout d'abord l'acquisition des techniques capables de sauver des vies, sans faire courir aucun danger à nos patientes, en effet s'entraîner sur des personnes « réelles » provoque des risques inutiles, et ne respecte en rien la politique de sécurité que nous nous efforçons de respecter de nos jours. Intégrer la simulation médicale dans le programme d'études permet donc de regrouper

enseignement théorique et formation pratique, dans le cadre de la sécurité de la patiente et de l'amélioration de la qualité des soins. La mise en place de module de simulation permet non seulement de pratiquer des procédures cliniques d'urgence dans un environnement réaliste et cliniquement contrôlé, et d'améliorer ainsi le bénéfice patient, mais aussi d'être reproductible afin de parfaire nos compétences autant de fois que le jugera nécessaire l'intervenant. Ceci a donc pour conséquence directe d'améliorer la confiance en soi et de devenir acteur de notre formation. De plus, les étudiants sont favorables, à 70%, à des méthodes d'enseignement visant une application pratique (TP). [33,34]

3.1.2. Un TP : une alternative envisageable

Pour parfaire ce besoin de simulation, qui, nous l'avons vu, apporte un grand nombre de bénéfices, nous avons donc conçu un dispositif qui se rapproche de l'anatomie utérine et qui servira d'outil dans le cadre d'une séance de simulation. Ce projet est le seul prototype, car il a été inventé et créé de toutes pièces : nous avons travaillé en étroite collaboration avec une couturière, qui nous a permis de mener à bien notre idée. Certes, cet outil possède certaines limites, mais la forme ainsi que les éléments utilisés pour sa conception tentent de se rapprocher au plus près du réel. Cela dit, il va de soi que nous n'avons pas pu recréer les sensations réelles du geste ; et il est difficile de simuler les circonstances d'urgence que l'on retrouve habituellement sur le terrain. Nous avons donc eu cette idée essentiellement pour renforcer les notions traitées en théorie, mais aussi afin qu'elles soient applicables en pratique. Varier les outils pédagogiques ne peut être qu'améliorer une prise en charge efficace et adéquate.

Voici en quelques photos, cet outil proprement dit :



« Les deux faces du placenta (la face maternelle est munie d'aimants) »

« Un cotylédon possède une pression »

« L'autre pression ainsi que les aimants opposés se trouvent dans l'utérus »



« Le placenta intégré dans l'utérus »



« Le placenta extrait de l'utérus »

Pour qu'un nouveau concept soit intégré à la formation initiale, il nécessite avant tout d'être évalué à court, moyen et plus long terme. Dans un premier temps, il servirait donc d'entraînement formatif sous forme d'un TP proposé en cours d'année, auprès des étudiants de deuxième année de deuxième phase à l'École de Sages-femmes de Nancy. Il s'intégrerait donc aux TP réalisés sur les manœuvres obstétricales. Le TP se déroulerait ainsi en groupe de 10 personnes environ, soit 3 groupes au total, et serait constitué d'une partie théorique sous forme de participation orale, avec éventuellement la présentation d'une vidéo montrant les gestes, puis d'une seconde partie destinée à la pratique. Ce TP a toute son importance pour les DA et les RU, mais il doit être inclus dans tout le processus de prise en charge des HDD. La théorie ainsi abordée regroupe donc non seulement le diagnostic d'HDD et les rétentions placentaires avec leurs étiologies, mais aussi tous les moyens mis en œuvre qui en découlent : de l'appel du médecin, en passant par l'anesthésie, l'asepsie, l'antibioprophylaxie et la réalisation des gestes, DA plus RU. Tout le cadre organisationnel étant exposé, la pratique y trouve également sa place. En effet, le dispositif est conçu de telle sorte que le placenta est aimanté à l'utérus et peut donc être décollé selon la technique enseignée en cours et que nous avons déjà détaillée en première partie. Et un cotylédon reste en place après la DA, relié à l'utérus par une pression qui nécessite une RU. La simulation est ainsi terminée si le thème de base s'avérait être la rétention placentaire complète. Si l'étiologie proposée dans la mise en situation est l'atonie utérine, le TP peut se poursuivre sur une discussion théorique des moyens thérapeutiques à envisager par la suite.

3.1.3. L'évaluation par le biais des ECOS

Ce nouveau dispositif pédagogique permettrait non seulement, grâce à la simulation, une mise en condition avec tous les avantages déjà détaillés, mais aussi une préparation technique et psychologique pour les futures situations sur le terrain. Cependant ce procédé nécessite une évaluation complète et pour parfaire son intérêt, il doit être intégré dans un cadre normatif au niveau des ECOS : l'Examen Clinique aux Objectifs Structurés est instauré dans le but d'attester une acquisition de connaissances et de compétences. C'est un procédé pédagogique qui est déjà employé à l'école de sages-femmes de Nancy pour les gestes de réanimation néonatale ainsi que pour les manœuvres obstétricales. Il consiste à faire le point sur l'application pratique des connaissances acquises au cours de la formation. Il est « l'outil d'évaluation idéal pour

les compétences cliniques ». Il prend en considération les habiletés, attitudes et aptitudes des participants, en évaluant des actes cliniques réalisés sur des mannequins. En rapport avec notre sujet, l'ECOS permettrait de faire valoir nos compétences cliniques sur la DA et la RU. Ce dispositif d'apprentissage entre dans une démarche de progrès pédagogique testé par les étudiants lors de TP, et validé par les ECOS. L'évaluation de ce nouveau prototype est indispensable afin de s'assurer que les objectifs envisagés sont atteints, ici en l'occurrence : améliorer les scores de formation clinique minimale. [33,35]

3.2. Agir auprès des professionnels

Les professionnels se retrouvent dans la même situation que les étudiants, avec en plus leur responsabilité professionnelle et personnelle clairement engagée. Leur devoir de sécurité auprès des patientes est une exigence de chaque instant. Et comme nous l'avons déjà évoqué, la santé maternelle est directement impliquée, avec des risques de morbidité non négligeables, mais également un risque potentiel de mortalité. La SF s'inscrit donc dans une politique de santé publique visant l'amélioration continue de la qualité des soins. Les établissements ont avant tout des objectifs de qualité et de sécurité, mais la SF n'a recours à aucun outil concret pour l'y aider. Pourtant, les SF possèdent une obligation déontologique de formation continue précisée à l'Article R.4127-304 inscrit dans le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 art.2 Journal Officiel du 18 octobre 2006 et qui précise que « *les sage-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances* ». Une formation médicale continue sur le sujet permettrait aux professionnels d'entretenir, de compléter et d'actualiser leur formation initiale. [24]

Les ateliers de simulations proposés ci-dessus aux étudiants peuvent être élargis à une plus grande population. La mise en place d'ateliers destinés aux SF en activité viserait l'amélioration des pratiques professionnelles et la gestion optimale des risques.

Ce dispositif de simulation a donc pour but d'être intégré à la formation initiale des étudiants par le biais d'un TP. Puis, une fois validé par l'intermédiaire des ECOS, il serait intéressant d'en faire également bénéficier les professionnels.

Conclusion

Ce travail de fin d'études s'est intéressé à la délivrance artificielle et la révision utérine, au cœur des compétences des sages-femmes.

La problématique était de savoir si les professionnels en activité accomplissent leurs obligations en termes de réalisation de ces gestes.

Il s'est avéré qu'en pratique, très peu de sages-femmes remplissent les actes qui leur sont légalement dédiés. Ce constat est tout aussi observable chez les étudiants, qui n'atteignent pas non plus la formation clinique minimale qui leur est demandée.

Ce manque d'exercice nous a permis de mettre en avant un réel problème de santé publique, d'autant plus que les établissements de santé sont dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patientes ; il nous est donc venu à l'esprit d'encourager cette politique avec la mise en place d'un nouveau procédé d'apprentissage.

L'intérêt principal de cette proposition est avant tout de permettre aux étudiants d'atteindre les objectifs de leur formation initiale. En effet, intervenir sur la qualité de l'enseignement grâce à la création de travaux pratiques de simulation est une des solutions envisageables à ce déficit de pratique.

Mais une deuxième attention vise à toucher les professionnels envers leur devoir de formation continue. La proposition d'atelier d'entraînement pourrait ainsi leur être bénéfique. La poursuite de ce travail de recherche serait donc nécessaire auprès des sages-femmes en activité, dans le cadre d'une évaluation et d'une amélioration permanentes de leur pratique.

« Se former pour pratiquer et pratiquer pour se former » est la clé de la réussite.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 02-03 du 19 janvier 2010
- [2] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Haute Autorité de Santé. « Hémorragies du post partum immédiat ». Recommandations pour la pratique clinique, élaborées par le CNGOF. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2004 ; 33 (8 suppl)
- [3] Professions sage femme n°79 : « plus de la moitié des décès sont évitables »
- [4] Lansac J, Marret H, Oury J-F. « La pratique de l'accouchement ». Edition Masson. 4^{ème} édition. 2006
- [5] Schaal J-P. « Mécaniques et techniques obstétricales ». Edition Sauramps Médical. 3^e édition.2007
- [6] Hohlfeld P, Marty F. « Le livre de l'interne ». Obstétrique 3^{ème} édition. Edition Flammarion. 2004
- [7] <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>. Faculté de médecine ULP F67000 Strasbourg. Année 2004-2005. Module de la conception à la naissance. « Hémorragie de la délivrance » (Site consulté en septembre 2010)
- [8] Revue Abstract Gynecologie. « Les moments forts 2004 : Recommandations pour la pratique clinique, hémorragie du post partum immédiat ». Numéro 291. Janvier 2005
- [9] <http://books.google.fr>. Camus E, Heim N, Nisand I. « Gynécologie-Obstétrique : soins infirmiers ». (Site consulté en septembre 2010)
- [10] <http://www.vulgaris-medical.com>. « Délivrance normale et pathologique » (Site consulté en aout 2010)
- [11] Lalonde AB, Senikas V, Leduc D. « Prise en charge active du 3^{ème} stade du travail : prévention et prise en charge de l'hémorragie du post partum ». Directive clinique de la SOGC n°235. Octobre 2009.
- [12] Delcroix M, Guérin du Masgenet B. « Décision en Gynécologie-Obstétrique ». 2^{ème} édition. Edition Maloine. 2001
- [13] <http://www.gyneweb.fr>. « HDD : les petits gestes à ne pas oublier » (Site consulté en octobre 2010)
- [14] Les dossiers de l'obstétrique. « HPP après accouchement par voie basse : pistes de réflexion ». Numéro 311. Décembre 2002

- [15] <http://www.pro.gyneweb.fr>; « Hémorragies de la délivrance : Prise en charge en France et intérêt des prostaglandines » (Site consulté en aout)
- [16] Ministère de la santé. Lettres des actualités périnatales n° 20/21. « Hémorragies du post partum ». 3^{ème} T 2005 1^{er} T 2006
- [17] Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Metin Gulmezoglu A. Epidemiology of post-partum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; vol 22
- [18] Maternité Régionale Universitaire de Nancy : « Protocoles médicaux hémorragies du post-partum »
- [19] Lamazou F, Deffieux X, Sénat M.V, Chauveaud A, Fernandez H, Frydman R. « Urgences chirurgicales en Gynécologie-Obstétrique ». Edition Masson. 2009
- [20] <http://books.google.fr>. Merger R, Melchior J. Précis d'obstétrique. Chapitre 12. « Complications de la délivrance » (Site consulté en septembre 2010)
- [21] Bouvier-Colle MH, Ould El Joud D, Varnoux N, et al. Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three French regions. Bjog 2001
- [22] Dupont C, Touzet S, Colin C, Deneux-Tharoux C, Rabilloud M, Clement HJ, Lansac J, Bouvier-Colle MH, Rudigoz RC on behalf of Groupe PITHAGORE 6. Incidence and management of post-partum haemorrhage following the dissemination of guidelines in a network of 16 maternity units in France. Int J Obstet Anesth 2009
- [23] Protocoles médicaux du service d'anesthésie réanimation Maternité Régionale Universitaire de Nancy. « Indication d'anesthésie pour délivrance artificielle, révision utérine, examen du col sous valves »
- [24] <http://www.ordre-sages-femmes.fr> et <http://www.legifrance.gouv.fr> dans leur intégralité (Site consulté en septembre et décembre 2010)
- [25] <http://www.cngof.asso.fr>. Conférence de consensus et recommandations pour la pratique clinique et autres référentiels. « Hémorragies du post partum ». 2004 (Site consulté en octobre)
- [26] <http://www.gfmer.ch>. Dr Pekezou Tchoffo A. « Saignement vaginal après l'accouchement ou hémorragie du post partum. 12 au 16 oct. 2009. Stage d'actualisation et amélioration des connaissances et compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Site consulté en novembre 2010)
- [27] <http://www.jarp.fr>. Gondry J, Lanta S. « HDD vue par l'obstétricien ». (Site consulté en novembre 2010)

- [28] <http://imm.univ-lyon1.fr>. « Principales complications de la grossesse : Hémorragies de la délivrance. Campus National de Gynécologie Obstétrique. CNGOF. 26/07/2006 (Site consulté en juillet 2010)
- [29] Extrait de la thèse du Dr Anne Sommé. « Hémorragies du post partum »
- [30] Blondel B. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. « Les responsabilités médicales des sages femmes dans les maternités publiques et privées : résultats d'une enquête dans 11 région ». 1998.
- [31] <http://www.legifrance.gouv.fr>. Régime des études conduisant à la délivrance du diplôme d'Etat de Sage femme. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. (Site consulté en aout 2010)
- [32] Mémoire. Marchal B. « La pratique de la délivrance artificielle par la sage femme ». Ecole de SF Pierre Morlanne de Metz. Promotion 2004-2009
- [33] DIU de pédagogie médicale. Cresson A-M. et Paris F. « Réanimation du nouveau-né en salle de naissance : validation d'une compétence clinique par un Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) pour les étudiants sages-femmes de 2^{ème} année 2^{ème} phase ». 2006-2007
- [34] Audibert G, Braun M, Varoqui C. « Journée d'étude sur la simulation médicale et paramédicale ». C.H.U de Nancy. 8 septembre 2010
- [35] « Evaluation au cours de la formation initiale de la compétence clinique en gynécologie obstétrique : approche innovatrice basée sur l'observation de la performance par l'examen clinique objectif et structuré (ECOS) ». Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Volume 30, n°3. Juin 2001
- Mais aussi les références ci-dessous mais non répertoriées:
- [36] Mémoire du diplôme d'études spécialisées en Gynécologie-Obstétrique. Geffroy Bellan M. « Hémorragies du post partum : évaluation des pratiques professionnelles à la Maternité Universitaire de Nancy ». 2009-2010
- [37] Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol* 1991
- [38] Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993
- [39] Lansac J, Magnin G. « Obstétrique pour le praticien ». 4^{ème} édition Masson. 2002
- [40] Berkane N, Uzan S. Pratique en Gynécologie-Obstétrique. « Urgences vitales maternelles en Obstétrique ». Edition Masson. 2002
- [41] Langer B. « Urgences en Gynécologie-Obstétrique ». Edition Masson. 2004

[42] Schaal J-P, Cérés C, Hoffmann P. Livre + DVD Rom. Gynécologie Obstétrique en Urgence : « Premiers pas en Gynécologie Obstétrique ». Edition Sauramps. 2009

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	4
Introduction	6
Partie 1	8
1. La sage femme en première ligne au moment de la délivrance	9
1.1. Son rôle de diagnostic	9
1.2. Intervenir ou pas au moment de la délivrance	12
1.3. Un constat alarmant : l'épidémiologie le confirme.....	14
2. La délivrance pathologique diagnostiquée.....	16
2.1. Les étiologies retrouvées.....	16
2.2. Les conditions initiales requises.....	19
3. Venons-en aux mains : la technique	22
3.1. La délivrance artificielle et la révision utérine.....	22
3.2. Les risques et complications	24
4. Deux actes de compétences.....	27
4.1. Du versant professionnel.....	27
4.1.1. Article 3.....	27
4.1.2. Article 23.....	27
4.1.3. Article R.4127-313.....	27
4.1.4. Article R.4127-325.....	28
4.1.5. Article R.4127-318.....	28
4.2. Au versant étudiant	29
Partie 2	31
1. Description de mon action	32
1.1. Présentation et description de l'action	32
1.1.1. L'étude 1 auprès des étudiants	32
1.1.2. L'étude 2 auprès des sages femmes diplômées.....	32
1.2. Nos objectifs.....	33
1.3. Nos hypothèses.....	33
1.4. Schéma général de l'étude	34
1.5. Population étudiée et échantillonnage.....	34
1.5.1. Etude 1	34
1.5.2. Etude 2	34
2. Les résultats	35
2.1. L'étude 1 auprès des étudiants	35
2.1.1. La réalisation des délivrances artificielles	35
2.1.2. La réalisation des révisions utérines	35
2.1.3. Les difficultés énoncées	36

2.1.4.	La non réalisation.....	37
2.1.5.	L'aspect théorique.....	38
2.1.6.	Les ressentis personnels.....	39
2.1.7.	D'éventuels compléments de formation.....	40
2.2.	L'étude 2 auprès des professionnels.....	41
2.2.1.	Influence du type de Maternité.....	41
2.2.2.	Influence des années d'expériences.....	42
2.2.3.	Réalisation proprement dite des actes de compétences.....	43
2.2.4.	Des difficultés gestuelles et personnelles.....	44
2.2.5.	La non réalisation.....	45
2.2.6.	Outils de service.....	45
2.2.7.	Leur Formation initiale.....	46
2.2.8.	Les éventuelles formations continues.....	47
2.2.9.	Les idées pédagogiques proposées.....	48
2.2.10.	Les remarques personnelles évoquées.....	49
Partie 3	50
1.	Interprétation des résultats.....	51
1.1.	L'étude 1 auprès des étudiants.....	51
1.1.1.	Des étudiants actifs ou passifs.....	51
1.1.2.	Quand les difficultés mêlent technique et sensations.....	51
1.1.3.	Volonté rime avec résultats.....	52
1.1.4.	La théorie intégrée.....	53
1.2.	L'étude 2 : auprès des professionnels.....	54
1.2.1.	Les sages femmes et leurs compétences.....	54
1.2.2.	Les difficultés de réalisation et la non réalisation.....	55
1.2.3.	Les outils mis à disposition par les Maternités.....	56
1.2.4.	La formation initiale des professionnels.....	57
2.	Les limites de l'étude et les solutions envisageables.....	58
2.1.	L'étude dans son ensemble.....	58
2.1.1.	Auprès des étudiants.....	58
2.1.2.	Auprès des professionnels.....	59
2.2.	Des solutions nécessaires.....	59
2.2.1.	L'organisation du service.....	59
2.2.2.	Des résultats concordants.....	60
3.	La clé de la réussite : se former et pratiquer.....	61
3.1.	Agir sur la formation initiale.....	61
3.1.1.	Une démarche de simulation.....	61
3.1.2.	Un TP : une alternative envisageable.....	62
3.1.3.	L'évaluation par le biais des ECOS.....	64
3.2.	Agir auprès des professionnels.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	67
TABLE DES MATIERES.....	71
Annexe 1.....	74
Annexe 2.....	77
Annexe 3.....	78

Annexe 4	79
Annexe 5	81

ANNEXE 1

Facteurs de risque d'hémorragie postpartum (HPP) [6,12,15,19,28,36,37,38]

<u>Catégories et processus étiologiques</u>	<u>Facteurs de risque clinique</u>
<i>Tonus : Anomalies de la contraction utérine</i>	
Surdistension de l'utérus	Hydramnios Gestation multiple Macrosomie
Épuisement du muscle utérin	Travail rapide Travail prolongé > 8h Forte parité Utilisation prolongée d'ocytocine
Chorioamniotite	Fièvre Rupture prolongée des membranes
Distorsion fonctionnelle / anatomique de l'utérus	Fibromes, myomes Placenta prævia Malformations utérines
Administration de relaxants utérins	Anesthésiques halogénés Nitroglycérine
Distension vésicale	
<i>Tissus : Rétention</i>	
Rétention de produits de conception	Placenta incomplet au moment de la délivrance
Placentation anormale	Chirurgie utérine précédente (résection endoscopique, cures de synéchies, aspiration ou IVG répétées)

Rétention de cotylédons ou d'un lobe succenturié	Forte parité supérieure à 5 Placenta anormal constaté par échographie
Rétention de caillots sanguins	Atonie utérine
<i>Traumatisme : Voies génitales</i>	
Lacérations du col utérin, du vagin ou du périnée	Accouchement rapide Extraction difficile par forceps Extraction du siège Dystocie des épaules Grande extraction Episiotomie
Extensions, lacérations au moment de la césarienne	Malposition Engagement profond
Rupture utérine	Chirurgie utérine précédente
Inversion utérine	Forte parité Placenta fundique Traction excessive du cordon Expression utérine exagérée
<i>Thrombine : Anomalies de la coagulation</i>	
Pathologies préexistantes Hémophilie A Maladie de Von Willebrand Antécédents d'HPP	Antécédents de coagulopathies héréditaires ou de pathologies hépatiques
Pathologies apparaissant pendant la grossesse Purpura thrombopénique idiopathique Thrombopénie s'accompagnant de prééclampsie Coagulation intravasculaire disséminée	Ecchymose, hausse de la tension artérielle
Trouble hypertensif gestationnel de la grossesse s'accompagnant de conditions indésirables a) Mort foetale in utero b) Grave infection c) Décollement d) Embolie de liquide amniotique	Hausse de la tension artérielle Prééclampsie Mort foetale Fièvre, neutrophilie / neutropénie Hémorragie antepartum Collapsus soudain
Anticoagulation thérapeutique	Antécédents de maladie thrombotique

A ces facteurs de risques, on peut ajouter :

- Des antécédents d'hémorragies de la délivrance car il existe 10 à 20% de récurrence, associé aux antécédents de DA et/ou RU
- Des hématomes rétroplacentaires
- Une délivrance supérieure à 30 minutes
- Une obésité supérieure à 125 kilos
- Ainsi que l'âge maternel supérieur à 39 ans, l'origine ethnique, le statut marital, le niveau social et éducatif mais aussi l'absence de suivi prénatal.

ANNEXE 2

Voici la différence entre une incarceration et un enchatonnement,
la zone de restriction est représentée par les flèches [5]

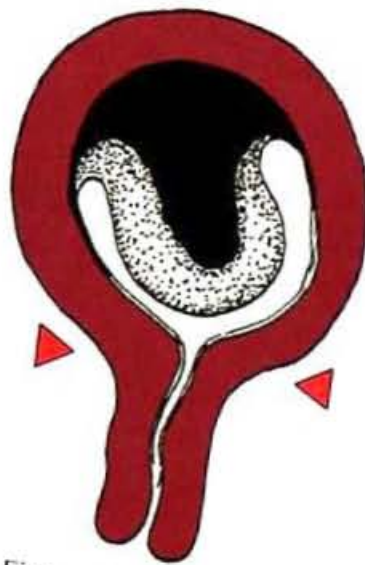


Figure 10 : incarceration

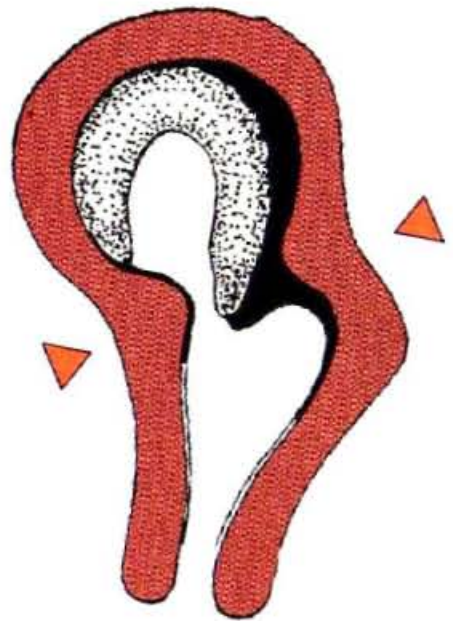


Figure 11 : enchatonnement

ANNEXE 3

Article L. 4151-1 du Code de la Santé publique

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique

Arrêté du 11 décembre 2001 relatif aux 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 paracliniques 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 postinterventionnelle.
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 accouchés (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.

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE AUPRES DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES EN DEBUT DE 4^{ème} ANNEE

1. Avez-vous déjà réalisé :

a. Des D.A. ? Oui - Combien ?
Non

b. Des R.U. ? Oui - Combien ?
Non

2. Si Oui pour 1.a. et/ou 1.b. :

a. Vous avez réussi à chaque fois : D.A. R.U.
b. Vous avez déjà rencontré des difficultés : D.A. R.U.
c. Vous n'avez jamais réussi : D.A. R.U.
d. En cas de difficultés, quelles étaient-elles ?

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

3. Si Non pour 1.a. et/ou 1.b. :

a. Avez-vous déjà vu ou assisté à une D.A. : Oui Non
b. Avez-vous déjà vu ou assisté à une R.U. : Oui Non

c. Pourquoi ne l'avez-vous pas réalisé ?

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

4. Décrivez en quelques lignes ou quelques mots clés ce qui vous semble important lors de la réalisation de la D.A. et/ou la R.U. ?

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

5. Comment appréhendez-vous l'exécution de ces deux gestes endo-utérins ? (citez un ou plusieurs mots qui expriment le mieux vos impressions)

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

6. Avez-vous déjà utilisé des outils pédagogiques pour vous guider en rapport à ces deux interventions?

a. Oui - Lesquels ?

.....
.....

b. Non

BRIDEL Sandrine

9. Si Non pour 1.a. et/ou 1.b. :

- a.** Avez-vous déjà vu ou assisté à une D.A. : Oui Non
b. Avez -vous déjà vu ou assisté à une R.U. : Oui Non
c. Pourquoi ne l'avez-vous pas réalisé ?

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

➤ La non réalisation du geste est donc due à :

- Des raisons professionnelles
- Des raisons personnelles
- Les deux

10. Existe-t-il au sein du service un protocole ou un autre outil qui permet de guider votre prise en charge dans la réalisation de ces deux gestes ?

- a.** Oui - Le(s)quel(s) ?

.....
.....

- b.** Non
c. Je ne sais pas

11. Comment qualifieriez-vous votre formation initiale sur la D.A. et la R.U. ?

- a.** Ses points forts :

.....
.....

- b.** Ses points faibles :

.....
.....

12. Avez-vous déjà assisté à des formations continues sur ces thèmes ?

- a. Oui** - Combien ?
- Sous quelle(s) forme(s) ?

.....

 - Vous ont-elles satisfaites ?

.....

 - Vous ont-elles paru suffisantes ?

.....

b. Non - Pourquoi ?

.....

.....

13. Avez-vous des idées pédagogiques qui permettraient aux étudiants d'appréhender au mieux ces deux techniques une fois qu'ils seront diplômés ?

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires, remarques personnelles :

.....

.....

.....

.....

.....

BRIDEL Sandrine