



HAL
open science

La pratique de la délivrance artificielle par la sage-femme

Béline Marchal

► **To cite this version:**

Béline Marchal. La pratique de la délivrance artificielle par la sage-femme. Human health and pathology. 2009. hal-01888021

HAL Id: hal-01888021

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01888021>

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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 Pierre MORLANNE de METZ

*La Pratique de la Délivrance Artificielle
par la Sage-femme*

Mémoire présenté et soutenu par

MARCHAL Bélinda

Née le 7 Mars 1985

Promotion 2004-2009

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre MORLANNE de METZ

*La Pratique de la Délivrance Artificielle
par la Sage-femme*

Mémoire présenté et soutenu par

MARCHAL Bélinda

Née le 7 Mars 1985

Promotion 2004-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

SOMMAIRE

Introduction	2
PREMIERE PARTIE : ETAT DES CONNAISSANCES	4
I. Physiologie de la délivrance	5
A. Les différents mécanismes impliqués	5
1. Phase de décollement	5
2. La phase d'expulsion.....	6
3. L'Hémostase	6
4. Phénomènes hormonaux de la délivrance	7
B. Clinique de la délivrance.....	7
1. Critères de décollement placentaire	8
2. Attitudes préventives.....	9
II. Les différents types de délivrance	11
A. La délivrance normale spontanée.....	11
B. La délivrance spontanée.....	11
C. La délivrance naturelle.....	12
D. La délivrance dirigée.....	12
E. La délivrance artificielle	13
1. Technique.....	13
2. Indications	14
3. Quels sont les risques de la DA ?.....	17
III. Rappels historique	19
A. HIPPOCRATE.....	19
1. Biographie	19
2. Chorion retenu.....	19
B. SORANOS D'EPHESE	20
1. Biographie	20
2. La rétention de l'arrière-faix	20
C. La pile de LEGENDRE et la délivrance	21
D. Controverse sur la délivrance.....	22
1. Les partisans d'une délivrance immédiate	22
2. Les partisans d'une délivrance confiée à la nature.....	22
3. CAPURON : « Seconder la nature »	23
E. L'avènement de l'hygiène et des antibiotiques	23
IV. Cadre législatif	25
A. Le code de déontologie des sages-femmes	25
1. Avant octobre 2006	25
2. Après octobre 2006	26
B. La formation initiale.....	27
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES ETUDES	28
I. Méthodologie	29
A. La problématique	29
B. Objectif.....	29

C. Les hypothèses	29
D. Etudes	29
II. Etudes et Résultats	31
A. Concernant les étudiants sages-femmes	31
1. Cadre de l'étude	31
2. Les biais	31
3. Résultats	31
B. Concernant les Sages-femmes.....	38
1. Cadre de l'étude	38
2. Les biais	38
3. Résultats	39
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	49
I. La formation des étudiants sages-femmes	50
A. La formation théorique.....	50
1. Enseignement sur la délivrance artificielle	50
2. La législation sur la délivrance artificielle	50
B. La formation pratique.....	51
C. Après le diplôme : les acquis	52
II. La formation des sages-femmes	53
A. La formation initiale théorique et pratique.....	53
B. Après le diplôme : les acquis	53
C. L'exercice professionnel	53
1. La première délivrance artificielle	53
2. Circonstances de réalisation.....	54
3. La pratique des sages-femmes au quotidien.....	55
4. Habitudes de services	57
5. Professionnel qui doit réaliser la délivrance artificielle.....	58
6. Connaissance de la législation	59
III. Confrontation étudiants sages-femmes et sages-femmes : différences et concordances	60
A. La formation.....	60
1. La formation théorique.....	60
2. La formation pratique.....	60
3. Les acquis de la formation	60
B. La pratique au quotidien.....	61
C. Connaissance de la législation	61
IV. Les perspectives d'évolutions : quelques propositions	62
A. La formation des étudiants	62
B. La formation des sages-femmes.....	63
Conclusion.....	65
Bibliographie	66
Annexe 1.....	I
Délivrance artificielle : Technique.....	I
Annexe 2.....	II

Article R.4127-313 du code de déontologie	II
Article R.4127-325 du code de déontologie	II
Annexe 3	III
Décret n°49-1351 du 30 septembre 1949 (Code de déontologie des sages- femmes)	III
Article 3.....	III
Article 23.....	III
Annexe 4	IV
Article 18 du code de déontologie	IV
Annexe 5	V
Article R4127-318 du code de déontologie	V
Annexe 6	VI
Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique	VI
Annexe 7	VII
Niveaux des maternités	VII
Annexe 8	IX
Questionnaire destiné aux élèves sages-femmes 4 ^{ième} année	IX
Annexe 9	XI
Questionnaire destiné aux sages-femmes de salle de naissances.....	XI
Annexe 10	XIV
Programme d'enseignement théorique de la deuxième phase des études de sages- femmes.	XIV
Annexe 11	XV
Article R.4127-304 du code de déontologie.....	XV
Article 4 du code de déontologie	XV

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la formation et les compétences des sages-femmes n'ont cessé d'évoluer. Tout d'abord par le passage de la formation initiale de trois à quatre années d'étude en 1986. Ensuite un nouveau pas a été fait en 2002 où pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir validé l'examen classant de fin de première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1), acquérant de ce fait un statut médical. Et l'évolution continue, avec la future mise en place d'une Licence 1 santé (L1 santé) remplaçant la première année de médecine et qui aboutira à une éventuelle reconnaissance du diplôme de sage-femme au niveau Master 2, d'ici 2010.

En parallèle de l'évolution des études, les sages-femmes ont acquis au fil des années l'élargissement de leurs compétences. Les sages-femmes prennent alors une place de plus en plus importante en salle de naissances.

La formation initiale des sages-femmes doit donc s'adapter à toutes ces évolutions et les sages-femmes investir les nouvelles compétences qui leurs sont octroyées, comme par exemple la délivrance artificielle (DA) inscrite au code de déontologie des sages-femmes depuis 2006. Ceci s'inscrit dans un objectif de santé publique visant à réduire le taux de mortalité maternelle qui s'élève encore à 7 pour 100 000 naissances vivantes, la première origine en est l'hémorragie de la délivrance [27].

Pourtant lors de mes stages en salle de naissances, j'ai été surprise par le peu de sages-femmes pratiquant la DA, alors que cela fait partie intégrante de leurs compétences.

Ce mémoire se propose donc de faire un état des lieux de la pratique de la DA par les sages-femmes, et les étudiants sages-femmes ainsi que de la formation que reçoivent ou on reçu professionnelles et étudiants.

Dans un premier temps, en m'appuyant sur les apports littéraires et le cadre législatif, j'aborderai la physiologie de la délivrance et des différents types de délivrance. Ce chapitre consolidera toutes les connaissances nécessaires à l'élaboration de ce mémoire.

Dans un deuxième temps j'exposerai la méthodologie et les résultats de mon étude auprès des sages-femmes et étudiants sages-femmes.

Enfin dans une troisième partie, je proposerai une analyse et une discussion des constats obtenus.

Je tenterai de démontrer l'intérêt d'une formation pratique de la délivrance artificielle concernant les étudiants sages-femmes et la nécessité de pratiquer ce geste pour les sages-femmes afin de pouvoir transmettre ce savoir faire.

PREMIERE PARTIE :
ÉTAT DES CONNAISSANCES

I. PHYSIOLOGIE DE LA DELIVRANCE [11] [14] [15] [17]

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et de ses annexes hors du tractus génital féminin, après celle du fœtus.

A. LES DIFFERENTS MECANISMES IMPLIQUES

1. Phase de décollement

a) Temps préparatoire

Une activité contractile suit la naissance de l'enfant. L'utérus subit une rétraction élastique qui respecte la zone d'insertion placentaire. Ce phénomène passif et permanent est caractérisé par la diminution de volume de l'utérus après expulsion du fœtus, compensé par l'augmentation d'épaisseur de ses parois. Mais l'épaississement respecte la zone placentaire, qui reste mince.

Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta. Au fond de la cuvette ainsi circonscrite le placenta est tassé, plissé, étirant les villosités crampons qui l'amarrent à la caduque dont le clivage est ainsi préparé. Ce temps correspond à la phase de rémission clinique (ou phase de repos physiologique) qui dure de dix à quinze minutes.

b) Le décollement proprement dit

C'est la contraction utérine, phénomène actif, qui en est la cause principale. La contraction augmente d'intensité au bout de dix à quinze minutes : phase clinique de la reprise de la contractilité.

La contraction accentue l'effet de la rétraction. Elle provoque un clivage de la caduque, soit à la jonction des couches superficielle et profonde, soit en pleine zone superficielle, soit irrégulièrement suivant un trajet qui emprunte çà et là l'un des plans précédents. Le clivage de la muqueuse en ouvrant les sinus veineux, détermine des foyers hémorragiques qui confluent en une nappe sanguine continue : l'hématome rétro placentaire physiologique, qui, à son tour,

aide à parfaire le décollement. Celui-ci terminé, la zone pariétale musculaire amincie a disparu, le corps utérin a partout la même épaisseur.

2. La phase d'expulsion

Sous l'influence des contractions utérines puis de son propre poids, le placenta tombe dans le segment inférieur, qui se déplisse, surélevant le corps utérin. Les membranes, entraînées à leur tour, se décollent en se retournant en doigt de gant. Puis la migration se poursuit vers le vagin et l'orifice vulvaire.

Dans les cas habituels où le placenta s'insère au fond de l'utérus ou à son voisinage, il sort par sa face fœtale également appelé mode BAUDELOCQUE, le sang de l'hématome physiologique reste amassé au fond du sac membraneux retourné.

Dans les cas plus rares où l'insertion était basse, le placenta peut sortir par un bord, ou par sa face utérine ; c'est le mode DUNCAN, le sang ayant décollé le petit côté des membranes, s'échappe lors même du décollement placentaire. La délivrance paraît plus hémorragique.

3. L'Hémostase

Elle est assurée par la rétraction utérine qui maintenant intéresse la zone placentaire. Les vaisseaux sont étreints et obturés par les anneaux musculaires de la couche plexiforme. Mais la rétraction n'est possible qu'après évacuation totale de l'utérus, condition *sine qua non* d'une hémostase rigoureuse et durable

Elle est également assurée par la coagulation sanguine, appelée thrombose physiologique, qui obture l'ouverture utérine des sinus veineux.

Pour que ces différents mécanismes puissent s'exécuter parfaitement, le placenta doit être normal, normalement inséré, sur une muqueuse normale. Normaux aussi doivent être la contractilité et les processus de la coagulation. Sinon les complications de la délivrance risquent de se produire.

4. Phénomènes hormonaux de la délivrance

Durant la phase de repos physiologique, les concentrations plasmatiques d'ocytocine augmentent. En effet, la distension vaginale lors de l'accouchement stimule la sécrétion post-hypophysaire. Mais cette augmentation n'affecte que la moitié des femmes, chez qui elle est multipliée par trois ou quatre, et l'atonie utérine n'a pourtant pas une incidence de 50% lorsque les patientes ont eu une délivrance naturelle. Ainsi l'intervention d'autres facteurs est probable (innervation utérine, prostaglandines), mais n'a pas fait l'objet d'une étude spécifique.

B. CLINIQUE DE LA DELIVRANCE

La troisième phase du travail est celle où le risque maternel en termes de morbidité et de mortalité est le plus élevé, nécessitant une surveillance avant, pendant et après la délivrance pendant deux heures en salle de naissances.

Cette surveillance porte sur :

- l'état général : pouls, tension, conscience, couleur ;
- la vulve pour dépister un écoulement sanglant ;
- l'utérus par la palpation et l'inspection.

Elle permet de suivre les différents temps de la délivrance, de reconnaître le moment où le placenta décollé peut être extrait par différentes manœuvres, et de déceler précocement les événements pathologiques. Certains critères peuvent orienter la surveillance et permettre d'apprécier le décollement.

1. Critères de décollement placentaire

a) La position du fond utérin

Après la naissance, l'utérus est rétracté et globuleux, de consistance ferme, d'une hauteur moyenne de 20 cm et d'une largeur de 12 cm. Le segment inférieur est replié sur lui-même et le fond utérin est à hauteur de l'ombilic.

Après le décollement et la migration, le placenta occupe le segment inférieur et le déplisse, refoulant vers le haut le corps utérin. Celui-ci est de consistance plus ferme, ses dimensions transversales sont plus réduites puisqu'il n'est plus habité par le placenta, mais son fond est ascensionné au-dessus de l'ombilic et, assez souvent, latérodévié.

b) L'hémorragie physiologique

Le décollement s'accompagne d'une hémorragie physiologique, de faible abondance, qui peut s'extérioriser à la vulve avant le placenta. Ce signe est très inconstant et ne garantit pas que le décollement soit complet.

c) Le glissement du cordon ombilical

Le glissement du cordon hors de la vulve est facile à reconnaître si on a pris soin de placer une pince de Kocher sur le cordon.

d) Le déplissement du segment inférieur

Une main déprime la région sus-pubienne, empaume la partie basse de l'utérus et remonte celui-ci vers l'ombilic :

- si le placenta n'est pas décollé le cordon pendant à la vulve remonte avec l'utérus ;
- lorsque le placenta est dans le vagin la mobilisation utérine n'entraîne pas le cordon ;

Cette manœuvre très courante dans les pays latins ne paraît guère prisée par les auteurs anglo-saxons qui lui reprochent un risque théorique d'introduction de germes vaginaux dans l'utérus.

e) Le toucher vaginal

Il n'est que rarement pratiqué pendant la délivrance physiologique. Lorsque le décollement est achevé, il révèle facilement la présence du placenta dans le vagin ou, à bout de doigt, dans le segment inférieur.

f) L'écoulement de sang veineux ombilical

Certains auteurs ont proposé des signes de décollement placentaire basés sur l'observation de l'écoulement sanglant dans la veine ombilicale :

➤ Lorsque le cordon est clampé et le placenta non décollé le sang veineux ombilical, s'il est refoulé vers le placenta par le pouce et l'index pinçant le cordon, a tendance à refluer vers le bas dès que la pression digitale est relâchée. Ce reflux s'affaiblit ou disparaît après le décollement.

➤ Si le cordon n'est pas clampé après la naissance, le sang retenu dans le placenta s'écoule librement. Ce saignement s'interrompt lorsque le placenta est décollé.

2. Attitudes préventives

a) La vidange vésicale

Si elle est justifiée, la vidange vésicale est nécessaire avant d'installer la patiente en position obstétricale car elle peut gêner l'expulsion du placenta décollé ou la rétraction utérine une fois ce dernier expulsé.

b) La délivrance dirigée

La délivrance dirigée est une direction pharmacologique de l'ensemble de la phase de la délivrance, le principe en étant que c'est la qualité et l'intensité des contractions utérines qui sont les agents essentiels du décollement, de la migration placentaire et de l'hémostase.

La délivrance dirigée, médication utérotonique, renforce ces contractions utérines à la fin de l'accouchement. Cette alternative paraît d'autant plus logique que l'augmentation de la sécrétion d'ocytocine après la naissance est variable d'une femme à l'autre, médiocre une fois sur deux.

II. LES DIFFERENTS TYPES DE DELIVRANCE [5] [11] [14]

A. LA DELIVRANCE NORMALE SPONTANEE

C'est théoriquement la délivrance qui se fait chez une patiente en position debout, alors que le placenta est expulsé, sous l'effet des efforts de poussées abdominales.

C'est un cas bien rare dans nos pays où la médicalisation de l'accouchement aboutit à une direction de cette phase du travail : la simple position en décubitus dorsal est un mode de direction puisque la stimulation de l'utérus rétracté retombant sur le plan du rachis a en elle-même un effet favorisant.

B. LA DELIVRANCE SPONTANEE

Après l'expulsion du fœtus, l'utérus apparaît ferme, bien rétracté autour du placenta palpable au niveau de l'ombilic. Durant cette période de repos physiologique, il n'y a pas de saignement extériorisé par la vulve et la règle est l'expectative.

Après une latence variable de 10 à 30 minutes, les contractions utérines reprennent. Même si elles ne sont pas ressenties cliniquement, elles permettent de compléter le décollement du placenta qui migre alors vers le segment inférieur ; puis l'utérus apparaît ascensionné, moins ferme qu'auparavant souvent latérodévié ; un saignement rouge qui doit rester modéré témoigne de l'évacuation partielle de celui-ci.

Pour confirmer ou non alors le décollement placentaire on effectuera la manœuvre de déplissement du segment inférieur.

Le placenta recueilli dans un plateau déclive, les membranes s'extériorisent seules ou secondairement par des mouvements de vrille du placenta aidés par une traction douce au travers d'une compresse sur celles-ci.

C. LA DELIVRANCE NATURELLE

La délivrance naturelle reste rare et le plus souvent, d'emblée ou secondairement, sage-femme ou obstétricien participe à l'expulsion du délivre par des gestes simples.

Après vérification du décollement placentaire, la main droite tracte très doucement le cordon vers le bas pour guider le placenta vers la vulve, tandis que la main gauche empaume le globe utérin, l'exprimant vers le centre et le bas.

Après extériorisation du placenta, la main gauche refoule le globe utérin vers le haut dépliant ainsi le segment inférieur et donc facilitant l'expulsion des membranes.

D. LA DELIVRANCE DIRIGEE

La délivrance dirigée vise à raccourcir la durée de la délivrance et à limiter la spoliation sanguine durant celle-ci, des drogues utérotoniques sont utilisées précocement dès le dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, après la naissance de l'enfant en cas de présentation du siège.

La délivrance dirigée correspond classiquement à l'injection de 5 UI de Syntocinon en intraveineuse directe au dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né. Ses indications sont larges, notamment : un antécédent d'hémorragie de la délivrance, un travail long, des troubles de la coagulation. Elle permet, selon les auteurs, de réduire de 40 à 60 % le risque d'hémorragie de la délivrance. Cependant, le risque de délivrance artificielle serait multiplié par 3,7 pour certaines équipes.

De nombreuses études randomisées montrent le raccourcissement de la durée de la 3^{ème} phase. 5 minutes pour 15 minutes lors de la délivrance naturelle, deux fois moins de délivrance supérieure à 20 minutes.

Cette technique n'est pas encore utilisée systématiquement dans toutes les équipes obstétricales. Mais elles devraient l'employer non pas systématiquement, mais plutôt s'il existe des facteurs de risques d'hémorragie du post-partum.

E. LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE

Sa définition est simple : elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

La délivrance artificielle (DA) sera toujours succédée par une révision utérine, cette dernière ayant pour but de s'assurer de la vacuité utérine. Mais nous ne parlerons pas, par choix de révision utérine (RU).

1. Technique

a) Les préalables au geste

La vessie de la patiente sera préalablement vidée.

La technique exige une asepsie rigoureuse et nécessite un badigeonnage antiseptique du périnée (toilette vulvopérinéale et antisepsie vulvovaginale) et la mise en place de champs stériles. Une anesthésie péridurale ou générale, le cas échéant est préférée. Malgré tout en situation d'urgence, elle peut se réaliser sans anesthésie.

L'opérateur doit être vêtu d'une tenue chirurgicale : sarrau stérile, masque et lunettes de protection ou masque à visière. Il effectuera une désinfection chirurgicale des mains et portera des gants stériles spécifiques pour DA/RU. On administrera une dose unique d'antibioprophylaxie.

b) Le geste proprement dit

Une main, la gauche le plus souvent, sur le champ abdominal empaume, abaisse et maintient solidement le fond utérin. L'autre main, introduite dans les voies génitales, va tout de suite au fond utérin en suivant la tige funiculaire dans la position dite « en main d'accoucheur », ce que l'opérateur n'obtient qu'en faisant pénétrer presque tout l'avant bras. La main cherche en un endroit le rebord placentaire. Du bout des doigts, elle emprunte l'espace qui s'ouvre devant elle, pénétrant dans le plan inter-utéro-placentaire pour décoller artificiellement le placenta. Le clivage s'accomplit progressivement avec le bord cubital de la main. Quand la masse placentaire est

complètement séparée de la paroi utérine, les doigts s'en saisissent et l'extraient en douceur, sans déchirer les membranes (*Annexe 1*).

L'accès au placenta peut être rendu difficile par la constitution d'un anneau de contracture, soit à l'entrée de la chambre corporeale, soit à l'entrée d'une corne utérine. On s'efforcera alors de vaincre l'obstacle par une action ferme mais douce, progressive et prolongée, en s'aidant d'une anesthésie poussée.

Le plan de clivage peut être difficile à trouver ou à suivre, parfois même il fait défaut si des adhésions anormales se sont constituées. L'opération est alors difficile ; elle risque d'être hémorragique et de créer dans la paroi des lésions d'effraction.

2. Indications

a) La rétention placentaire totale

(1) Définition

La rétention placentaire totale est une rétention intra-utérine du placenta au delà de 30 minutes. Il en existe plusieurs types :

- Le placenta reste entièrement adhérent à la surface utérine d'insertion. C'est le cas le plus rare.
- Le placenta se décolle incomplètement et une zone plus ou moins étendue reste adhérente à l'utérus. C'est le cas le plus fréquent.
- Le placenta se décolle entièrement et reste retenu libre de toute attache dans l'utérus

(2) Etiologies

Par atteinte de la muqueuse endométriale, qu'elle soit d'origine infectieuse ou traumatique à type de cicatrice fibreuse, altère l'implantation de la caduque spongieuse et sa capacité secondaire de clivage après l'accouchement. Elle peut ainsi survenir plus fréquemment en cas :

- d'endométrite post abortum ou post partum
- de curetage, d'aspiration douce ou de DA/RU
- de chirurgie endo-utérine
- de césarienne antérieure, d'autant plus que l'hystérotomie aura été corporéale
- en cas d'endométrite pré partum due à une chorio-amniotite et une rupture prématurée des membranes
- en cas d'exposition in utero au Distilbène®

Les anomalies de contraction utérine, spontanées ou iatrogènes, suite à une perfusion d'ocytocique maintenue après l'accouchement peuvent contribuer à une rétention placentaire.

- *L'Hypertonie*, généralisée à tout l'utérus ou localisée, au-delà d'un anneau souvent au niveau d'une corne, plus rarement au niveau de l'orifice interne du col induit l'enchatonnement du placenta.

- *L'atonie*, apparaît aussi être un facteur de non décollement placentaire par perte d'élasticité du myomètre. Elle peut faire suite à une surdistension utérine par hydramnios, grossesse gémellaire ou fœtus macrosomique ou par épuisement utérin, en cas de travail prolongé.

Les anomalies placentaires peuvent générer une délivrance prolongée :

- par leur volume supérieur à 750g en cas de fœtus macrosomique ou par leur grande surface d'implantation en cas de grossesse multiple.

- par leur constitution en cas de placenta bilobé ou l'existence plus rare de cotylédon aberrant ou par leur pénétration trop profonde dans le myomètre tel le placenta accreta, percreta voire increta.

De plus, en cas de rétention placentaire lors du premier accouchement, le risque de récurrence est plus élevé lors des délivrances ultérieures.

b) L'Hémorragie de la délivrance

(1) Définition

Les hémorragies de la délivrance sont des pertes de sang ayant leur source dans la zone d'insertion placentaire, survenant dans les 30 minutes qui suivent la délivrance, anormales par leurs abondances (plus de 500 ml) et leur effet sur l'état général.

(2) Etiologies

La plupart des rétentions placentaires sont causes d'hémorragies de la délivrance : rétentions placentaire totales, que le placenta soit en partie ou entièrement décollé. Dans la zone décollée, les sinus maternels sont béants et saignent, alors que la zone adhérente empêche l'expulsion du placenta et par conséquent la rétraction utérine dont le rôle hémostatique est primordial. Toutes les causes de rétention placentaire ayant été étudié au chapitre précédent sont donc également des causes d'hémorragies de la délivrance.

Certains troubles de la coagulabilité sanguine peuvent entraver l'hémostase.

Certaines causes sont d'ordre thérapeutique, ce qui est particulièrement fréquent. Ce peuvent être au moment de l'accouchement, une expression utérine maladroite, une application de forceps tirillant les membranes. Au moment de la délivrance, l'impatience peut inciter à la traction sur le cordon, à une expression intempestive, conduisant soit au décollement partiel, soit à un enchatonnement pathologique.

Certaines plaies de la filière génitale peuvent engendrer des hémorragies importantes qui peuvent parfois être sous estimées (comme par exemple une déchirure clitoridienne, déchirure du col, épisiotomie...).

3. Quels sont les risques de la DA ?

La délivrance artificielle même si elle est relativement simple d'exécution comporte des risques pour la patiente.

a) Le risque septique

En effet le geste doit être réalisé dans les conditions d'hygiène et de stérilité le plus stricte possible. Ce geste étant invasif le risque d'infection est très grand, c'est pourquoi une antibioprophylaxie doit obligatoirement être mise en route avant la réalisation d'une DA.

b) La perforation utérine

Même si le geste paraît simple il doit tout de même être réalisé avec douceur car il y a toujours le risque de perforer la cavité utérine, ce qui peut passer inaperçue. Et engendrer des infections péritonéales. Et même des accidents lors des grossesses et accouchements ultérieurs.

Il faudra faire également très attention en cas d'utérus cicatriciel, car la cicatrice peut de nouveau se rompre et sa réparation s'effectuera au bloc opératoire par laparotomie. Dans ce cas la révision utérine qui sera faite en second lieu doit s'assurer de l'intégrité de la cicatrice.

c) Les synéchies (Syndrome d'ASHERMAN)

Visuellement il s'agit d'accolements des parois internes de l'utérus avec une extension plus ou moins prononcée.

Histologiquement les synéchies peuvent prendre la forme de piliers muqueux endométriaux reliant les deux parois de la cavité utérine quand elles sont récentes. Si elles sont anciennes elles prennent la forme d'adhérences qui relient les plans myométriaux des parois de la cavité utérine, elles sont souvent fibreuses sans revêtement endométrial.

Les synéchies peuvent entraîner des anomalies du cycle menstruel (hypoménorrhée, aménorrhée secondaire, ménorragie, métrorragie, dysménorrhée). Et surtout des troubles de la fertilité : car mécaniquement, la présence des adhérences intra-utérines peut constituer un obstacle empêchant l'ascension des spermatozoïdes et physiologiquement, les synéchies peuvent être à l'origine d'anomalies endométriale rendant l'implantation de la grossesse impossible.

Elles peuvent aussi être la cause d'avortements précoce et tardif à répétition, des accouchements prématurés, des présentations vicieuses du fœtus ainsi que des anomalies de placentation (placenta praevia et accreta).

III. RAPPELS HISTORIQUE

La DA à proprement parlée ne date pas d'hier en effet aussi loin que l'on puisse remonter dans les ouvrages de médecine il est fait mention de diverse technique en cas de « rétention de l'arrière faix » que l'on attribue à plusieurs auteurs.

A. HIPPOCRATE

1. Biographie [22]

HIPPOCRATE le grand ou **HIPPOCRATE de Cos** (Né vers 460 avant JC dans l'île de Cos - décédé vers 370 avant J.-C.) est un médecin grec, considéré comme l'une des grandes figures de l'histoire de la médecine. Il est souvent désigné comme le père de la médecine pour ses contributions notables dans la discipline et pour la fondation de l'école de médecine hippocratique. Cette école a révolutionné intellectuellement la médecine en Grèce antique, en instituant cet art comme une discipline distincte des autres disciplines de la connaissance auxquelles elle avait traditionnellement été rattachée (notamment la théurgie et la philosophie), faisant ainsi de la médecine une profession à part entière.

2. Chorion retenu [2] [16]

Déjà à son époque Hippocrate préconisait en cas de chorion retenu le moyen de l'extraire. On ne qualifiera pas cette méthode de délivrance artificielle mais il est intéressant de la décrire pour voir l'évolution qui s'est produite au cours de l'histoire.

Voici la description de cette méthode :

« Si le chorion ne sort pas facilement, autant que possible on n'en séparera pas l'enfant, la femme s'assoira comme si elle était sur un pot de nuit ; on disposera quelque chose d'élevé afin que l'enfant, suspendu, tire par son poids le chorion

en dehors ; on fera cela doucement, sans violence, de manière que rien d'arraché contre nature ne cause de l'inflammation ; à cet effet, de la laine nouvellement cardée, et faisant un gros volume, sera sous l'enfant, avec deux outres liées ensemble, pleines d'eau, qui s'affaïsseront peu à peu ; la laine sera par-dessus les outres, et l'enfant par-dessus la laine ; on percera les deux outres avec un poinçon, afin que l'eau s'écoule lentement, l'eau s'écoulant, les outres s'affaïssant ; s'affaïssant, l'enfant tire le cordon ombilical ; et le cordon tire le chorion (...). De la même façon si le cordon se rompt, ou si on le coupe avant le temps, vous procurerez, à l'aide de poids convenables que vous suspendrez, la sortie du chorion ; c'est la le meilleur traitement de ces cas et le moins nuisible »

B. SORANOS D'EPHESE

1. Biographie [23]

SORANOS (ou SORANUS) est un médecin grec du début du II^e siècle après J.-C., chef de file de l'école méthodique.

Natif d'Ephèse, il fait ses études à Alexandrie avant d'exercer à Rome. Il démontre que le fœtus est propulsé, non par ses efforts propres, mais par des contractions de l'utérus. On lui attribue 20 titres, dont un *Traité sur les maladies des femmes* en quatre livres découvert en 1830 par Friedrich Dietz dans un manuscrit grec de la fin du XV^e siècle. C'est dans ce traité que l'on trouve la toute première définition de la Délivrance Artificielle.

2. La Rétention de l'Arrière-faix [21]

Dans son *Traité sur les maladies des femmes* SORANOS dénigre la méthode d'HIPPOCRATE en précisant que « (...) les secousses elles-mêmes créent un violent état de choc ; la moindre traction sur le chorion, en raison des déchirures (utérines), fait naître l'inflammation : elle est d'ailleurs impossible lorsque l'orifice utérin est fermé et qu'aucune partie du chorion ne fait saillie (...) » et il ajoute que l'utilisation des mouvements du nouveau-né est dangereuse car les tractions doivent être exercées avec savoir-faire.

Voici ce qu'il préconise :

« Dans le cas où aucune partie du chorion ne fait saillie, mais où l'orifice utérin reste dilaté, il faut introduire une main préalablement graissée ; il se peut alors que le chorion soit libre de toute attache avec la matrice et replié sur lui-même : on le saisit et on l'extrait ; si, au contraire, il adhère à la paroi, on déplie les doigts à l'intérieur de la matrice et on essaie de le libérer avec précaution, en le faisant tourner alternativement dans un sens puis dans l'autre.

Si l'arrière-faix n'obéit pas à des tractions modérées, ou si l'orifice est fermé ou enflammé, laisser le cordon en place et traiter comme une inflammation (...); lorsque l'inflammation diminue, le corps étranger se détache et tombe sous l'action de la décomposition. »

C. LA PILE DE LEGENDRE ET LA DELIVRANCE [3]

Plus tard au cours de l'histoire, au milieu du XIX^e siècle, il est fait mention dans le *Bulletin de la société de Chirurgie de Paris* de ce que l'on appelle « la pile de LEGENDRE » qui était utilisé par le Dr KUHN.

Cette technique consiste à appliquer l'un des pôles de la pile sur le fond utérin, et l'autre dans l'orifice du col, au moyen d'une sonde vaginale. Ensuite on établit le circuit, et selon les observations effectuées à l'époque, une contraction utérine se produit instantanément et le délivre pousse la sonde devant lui et apparaît à l'orifice vulvaire.

Le Dr KUHN affirmait que la petite « pile de LEGENDRE » avait sa place dans toutes les boîtes obstétricales et ne devait jamais quitter les accoucheurs.

D. CONTROVERSE SUR LA DELIVRANCE [1]

Dans tous les ouvrages que l'on peut consulter sur le sujet il est fait mention que même depuis la plus haute antiquité deux partis se sont opposés sur la conduite à tenir pour la délivrance.

Les premiers étaient partisans d'une délivrance immédiate après l'expulsion de l'enfant. Et les seconds pensaient qu'il fallait toujours confier la délivrance à la nature. Conduites qui sont diamétralement opposées.

1. Les partisans d'une délivrance immédiate [1] [4] [6]

Le chef de file de ce parti était MAURICEAU, il contenait dans ses rangs de nombreux autres noms tel que : PEU, DELAMATTE, DEVENTER, CHAPMANN, FRIED, DIDELOT...

Les praticiens qui constituaient ce parti craignaient qu'en différant l'extraction du délivre le col de l'utérus venant à se resserrer en différerait l'expulsion pendant un temps considérable, et que le séjour prolongé de ce corps ne devienne la source des accidents les plus graves. Ils procédaient donc *systématiquement* à une délivrance artificielle. Sous l'influence de MAURICEAU cette doctrine devint presque générale courant du XVII^e siècle.

2. Les partisans d'une délivrance confiée à la nature [1] [4]

[6] [20]

Les opposants à la doctrine de MAURICEAU (DIONGIS, RUISCH, AL MONRO, PUZOS, LEVRET...) pensaient qu'il était trop rigoureux de procéder le plus rapidement possible à l'extraction du placenta, alors que l'on savait, suite à de nombreuses observations, que le placenta abandonné à lui-même peut séjourner pendant 5, 6 jours et même d'avantages sans amener de graves désordres.

3. CAPURON : « Seconder la nature » [6]

Puis c'est fin du XVIII^e siècle qu'apparaît une troisième doctrine dont CAPURON est le chef de file. Cette doctrine vient modérer les deux précédentes en préconisant la délivrance artificielle dans trois cas : l'hémorragie, les convulsions ou la syncope. Dans tous les autres cas on laissera faire la nature.

CAPURON veut seconder la nature et non pas s'y substituer. C'est finalement cette pratique qui a prévalu. Et qui est à l'origine de la conduite à tenir actuelle.

Malgré tout à cette époque persiste un problème majeure du au manque d'hygiène. Dans l'accouchement traditionnel, tel qu'il s'est pratiqué pendant des siècles (naissance à la maison et prise en charge par des sages-femmes), la fièvre puerpérale était relativement rare, cette infection causée par des bactéries qui pénètrent dans l'utérus, puis gagnent le péritoine et les organes abdominaux, en l'absence d'un traitement efficace évolue en quelques semaines vers une septicémie mortelle. C'est seulement lorsqu'on a fondé dans les grandes villes européennes des cliniques d'accouchement (par exemple l'Hôtel-Dieu de Paris au XVII^e siècle) et que les accouchements furent pratiqués par des médecins, que la fièvre puerpérale devint une complication fréquente et redoutée [24]. C'est avant tout parce que les médecins étaient en contact avec d'autres malades et des cadavres et qu'on ignorait la nécessité d'une désinfection efficace : ils transportaient donc sur leurs mains et sur leurs instruments des germes qui pénétraient dans les voies génitales des femmes. Dans certains établissements il arrivait parfois que les deux tiers des femmes en couches mourussent de cette infection.

E. L'AVENEMENT DE L'HYGIENE ET DES ANTIBIOTIQUES

[24] [25] [26]

C'est SEMMELWEIS (médecin obstétricien austro-hongrois) qui commença à étudier les causes de la fièvre puerpérale. C'est en 1847 que la mort de son ami Jakob KOLLETCHKA, professeur d'anatomie, lui ouvrit les yeux : KOLLETCHKA décéda d'une infection après s'être blessé accidentellement au

doigt avec un bistouri, au cours de la dissection d'un cadavre. Sa propre autopsie révéla une pathologie identique à celle des femmes mortes de la fièvre puerpérale. SEMMELWEIS vit immédiatement le rapport entre la contamination par les cadavres et la fièvre puerpérale. Il en conclut que c'étaient lui et les étudiants qui, depuis la salle d'autopsie, apportaient sur leurs mains les particules de contamination aux patientes qu'ils soignaient. À l'époque, la théorie des maladies microbiennes n'avait pas encore été formulée, c'est pourquoi SEMMELWEIS conclut que c'était une substance cadavérique inconnue qui provoquait la fièvre puerpérale. Il prescrivit alors, en mai 1847, l'emploi d'une solution d'hypochlorite de calcium pour le lavage des mains entre le travail d'autopsie et l'examen des patientes ; le taux de mortalité chuta de 12 % à 2.4 %.

Il demanda que ce lavage à l'hypochlorite fût étendu à l'ensemble des examens qui mettaient les médecins en contact avec de la matière organique en décomposition. Le taux de mortalité chuta alors encore, pour atteindre 1,3 %, pour devenir quasi nulle avec la découverte des antibiotiques par Alexander FLEMING dans le premier quart du XX^e siècle.

IV. CADRE LEGISLATIF

A. LE CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES

Même si la profession de sage-femme a toujours existée, elle ne dispose d'un code de déontologie que depuis 1949.

1. Avant octobre 2006 [8] [9]

Avant octobre 2006, il n'était nul part fait mention dans les compétences des sages-femmes, inscrites dans le code de déontologie, que la sage-femme pouvait réaliser la DA, excepté en cas d'urgence si l'on prend en compte l'article R.4127-313 et l'article R.4127-325 du code de la santé publique (Anciens articles 13 et 25 du Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes) :

Article R.4127-313 (*Annexe 2*)

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

Article R.4127-325 (*Annexe 2*)

*« (...) **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. »*

Déjà dans la toute première version du code de déontologie qui date de 1949 on retrouve deux articles qui autorisaient la sage-femme à pratiquer la DA en cas d'urgence. Il s'agit des articles 3 et 23 qui ont eu cours jusqu'en 1991 (qui ont ensuite été remplacé par les articles sus cités) :

Article 3 (*Annexe 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, parturiente, accouchée, et au nourrisson en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas leurs être assurés.* »

Article 23 (*Annexe 3*)

« *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. Seul 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.* »

2. Après octobre 2006 [7] [18]

Même si cet acte entre naturellement dans le champ de compétences des sages-femmes, le fait qu'il ne soit pas mentionné dans la liste des actes qu'elles pouvaient pratiquer (*Annexe 4*) entraînait souvent un refus de la part de l'anesthésiste d'effectuer l'acte nécessaire, lorsque la demande émanait d'une sage-femme. C'est pourquoi la délivrance artificielle et la demande d'anesthésie à été ajoutée dans l'article R.4127-318 (du code de la santé publique) par le décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 art.3 Journal Officiel du 18 octobre 2006 (*Annexe 5*) :

« (...) »

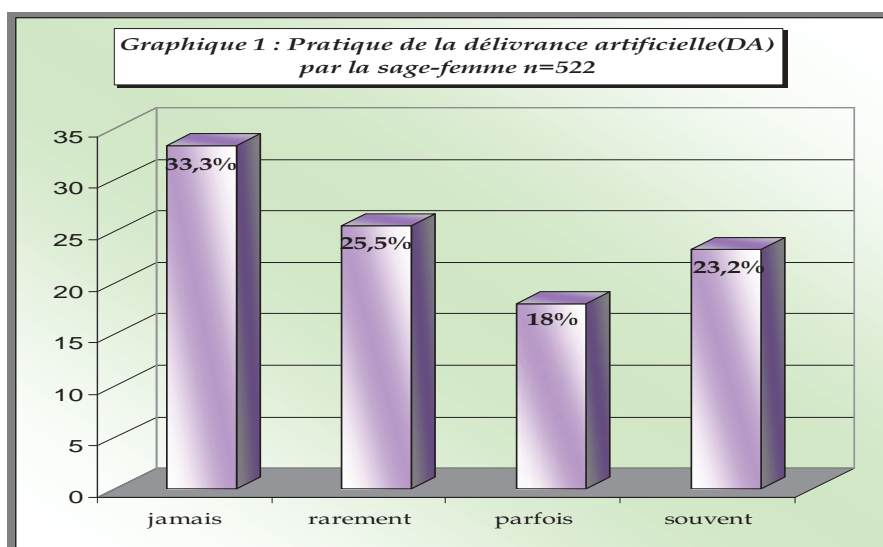
10° *La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste réanimateur peut-être faite par la sage-femme.*

(...) »

La DA n'étant inscrite au code de déontologie que depuis 2006 une seule étude concernant cette pratique par la sage femme a été retrouvée dans la littérature. Cette étude à été réalisée en 1996 auprès de 884 sages-femmes des

secteurs privés et public intitulée : « *Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privés* ». L'enquête ayant été réalisée dans onze régions de France [12].

Cette enquête comprend une partie concernant les actes réalisés par les sages-femmes au moment de l'accouchement, et bien sûr un item correspond à la pratique de la DA. Il a été demandé à 522 sages-femmes du secteur public si elles pratiquaient la délivrance artificielle (Souvent, parfois, rarement ou jamais). Voici les réponses obtenues :



B. LA FORMATION INITIALE

La DA entre dans la formation initiale des étudiants sages-femmes. Cet acte fait partie des « *Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique* » qui comporte 35 points différents dont le point qui nous intéresse le n°16 (*Annexe 6*).

« (...)

16. *Pratiquer les délivrances artificielles (5 cas minimum) et les révisions utérines (5 cas minimum).*

(...) »

L'étude qui va suivre s'intéresse à la formation initiale des étudiants ainsi qu'à la pratique des sages-femmes de terrain.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE ET PRESENTATION
DES ETUDES

I. METHODOLOGIE

A. LA PROBLEMATIQUE

Depuis ces dernières années, le droit des sages-femmes a beaucoup évolué et de nouveaux textes de lois sont apparus leur conférant de nouvelles compétences, afin de s'adapter au plus près à leur pratique quotidienne.

La DA est une de ces compétences, or sur le terrain on constate que les sages-femmes ne pratiquent la délivrance artificielle que rarement. Pourquoi ?

B. OBJECTIF

Le but de cette étude était de faire un état des lieux de la pratique de la DA par la sage-femme, suite à son inscription au code de déontologie, ainsi qu'un état des lieux de la formation des étudiants.

C. LES HYPOTHESES

Il était supposé que :

- Les sages-femmes exerçant en niveau I pratiquent plus de DA que les autres sages-femmes. La pratique de la DA par la sage-femme serait donc influencée par le niveau (*Annexe 7*) de la maternité
- La réalisation de cet acte par la sage-femme dépend de l'organisation du service (présence d'interne, médecin de garde sur place ou non...)
- La formation concernant la DA est insuffisante, autant pour les étudiants que pour les sages-femmes.

D. ETUDES

Afin de pouvoir vérifier ou infirmer les hypothèses émises il a été réalisé deux questionnaires en partie similaires, l'un étant adressé aux étudiants sages-

femmes de deuxième année de deuxième phase et l'autre aux sages-femmes de salle de naissances.

Les études ont été réalisées dans l'est de la France. La carte suivante définit la répartition des écoles et des centres hospitaliers ayant répondu aux questionnaires.

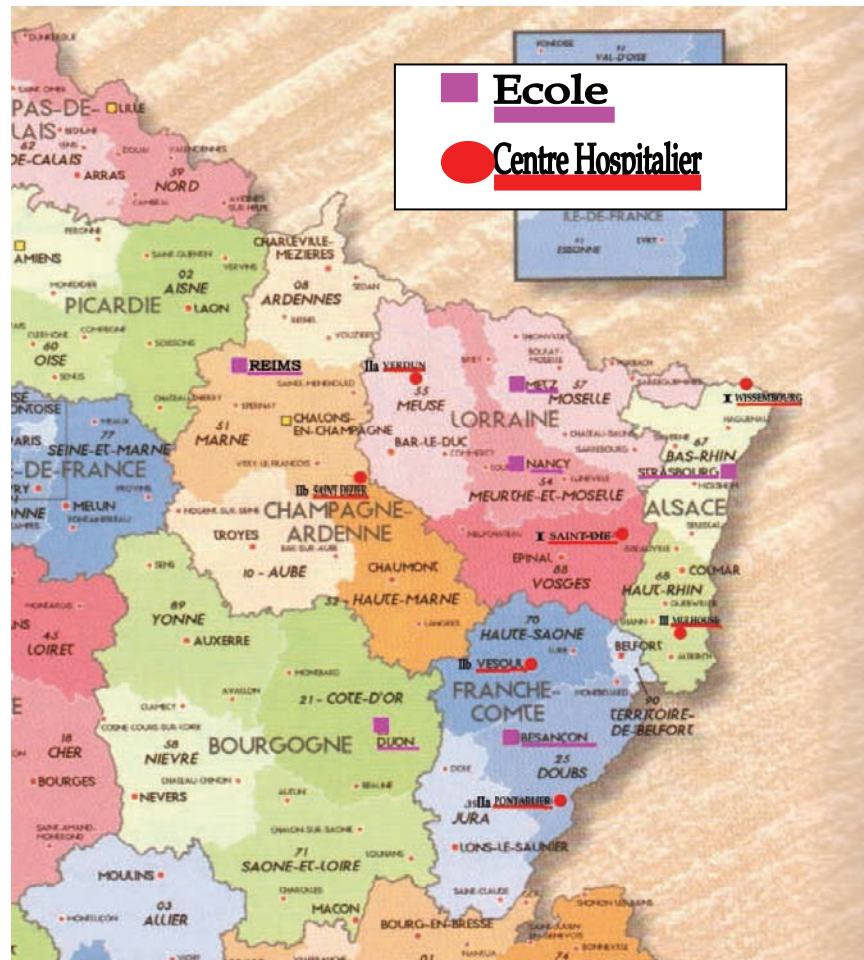


Figure 1 : Carte de l'Est de la France

Même si les questions fermées permettent une mise en parallèle plus facile, cependant par souci de réaliser une étude la plus complète possible, des questions ouvertes permettant aux étudiants et aux sages-femmes d'exprimer leurs opinions sur ce thème ont également été posées.

Les résultats seront ainsi interprétés par étude statistique mais aussi par analyse de contenu.

Par souci de clarté les études et leurs résultats seront décrit séparément, en premier lieu nous nous intéresserons aux étudiants sages-femmes.

II. ETUDES ET RESULTATS

A. CONCERNANT LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

1. Cadre de l'étude

L'étude n'a concerné que les étudiants de deuxième année de deuxième phase et a été réalisée d'octobre à décembre 2008 dans les écoles du grand-est, c'est-à-dire : BESANÇON, DIJON, METZ, NANCY, REIMS et STRASBOURG (*Figure 1*).

J'ai tout d'abord envoyé un exemplaire du questionnaire aux directrices des écoles. Je les ai ensuite contactées par téléphone pour avoir leur accord concernant la diffusion des questionnaires auprès des étudiants de leur école.

Le questionnaire était composé de trois parties : Les renseignements personnels, la formation à l'école de sages-femmes, la loi (*Annexe 8*).

2. Les biais

L'étude a été réalisée en début d'année scolaire, il aurait été bien sûr plus intéressant d'interroger des étudiants en toute fin de formation, ce qui était techniquement impossible.

De plus les étudiants n'ont pas répondu à l'enquête au même moment dans toutes les écoles, puisque les périodes de stages et de cours ne sont pas identiques, ils n'étaient donc pas tous au même stade de formation et avaient plus ou moins de stages à leur actif en fonction des écoles.

3. Résultats

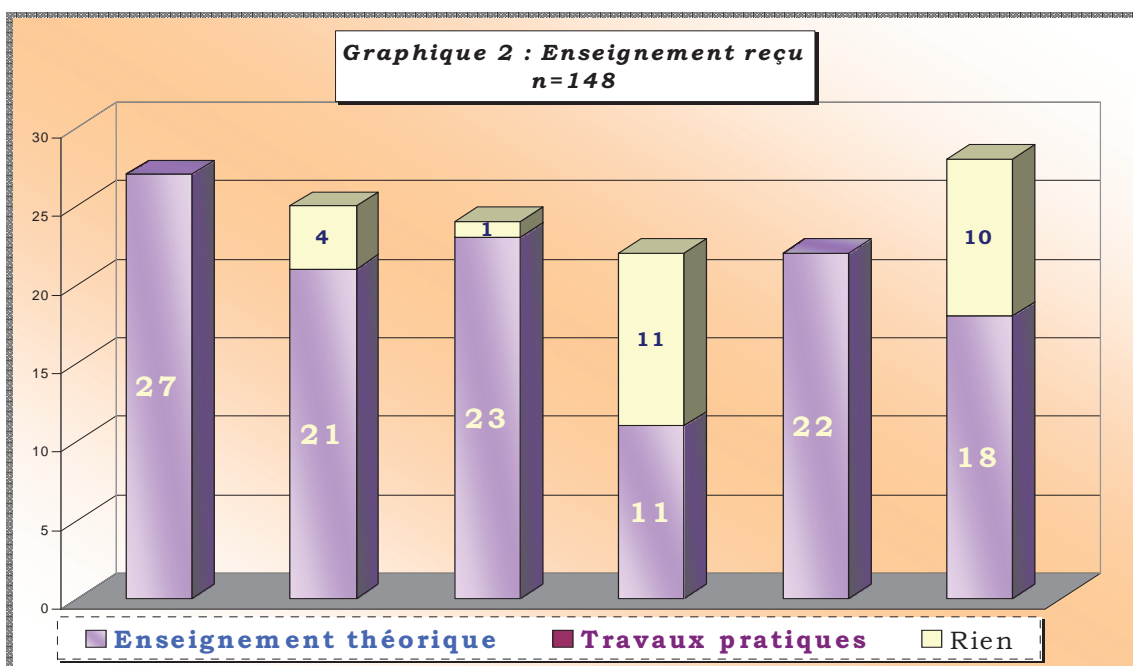
Sur 152 étudiants au total 148 questionnaires ont été récupérés, soit **plus de 97%** des étudiants sollicités.

a) Age et sexe de la population

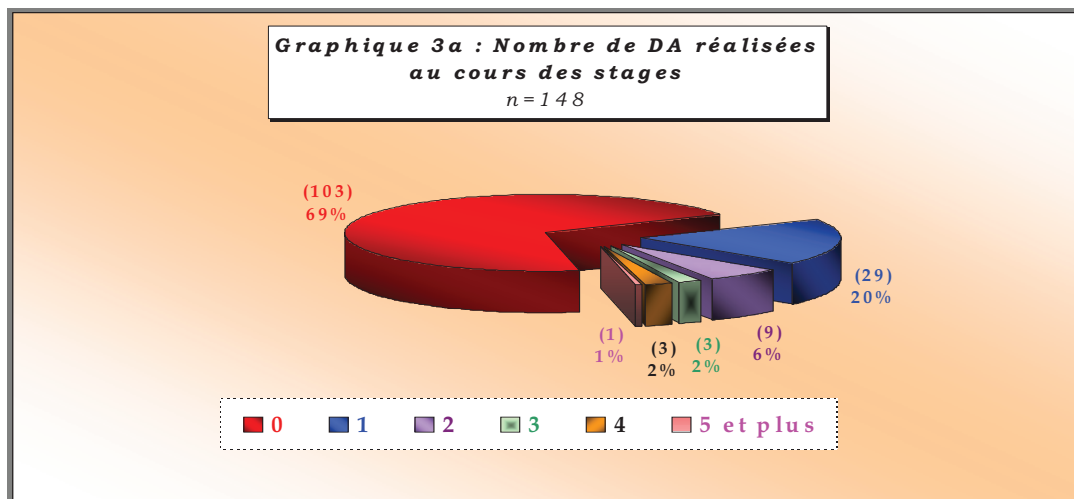
77 % des étudiants interrogés avaient entre 21 et 23 ans. 22 % entre 24 et 26 ans et 1 % avait plus de 27 ans. Soit une moyenne d'âge de 22,3 ans au moment de l'étude.

Parmi les 148 étudiants on compte 7 hommes, ils représentaient donc 5% de l'échantillon.

b) Formation à l'école de sages-femmes

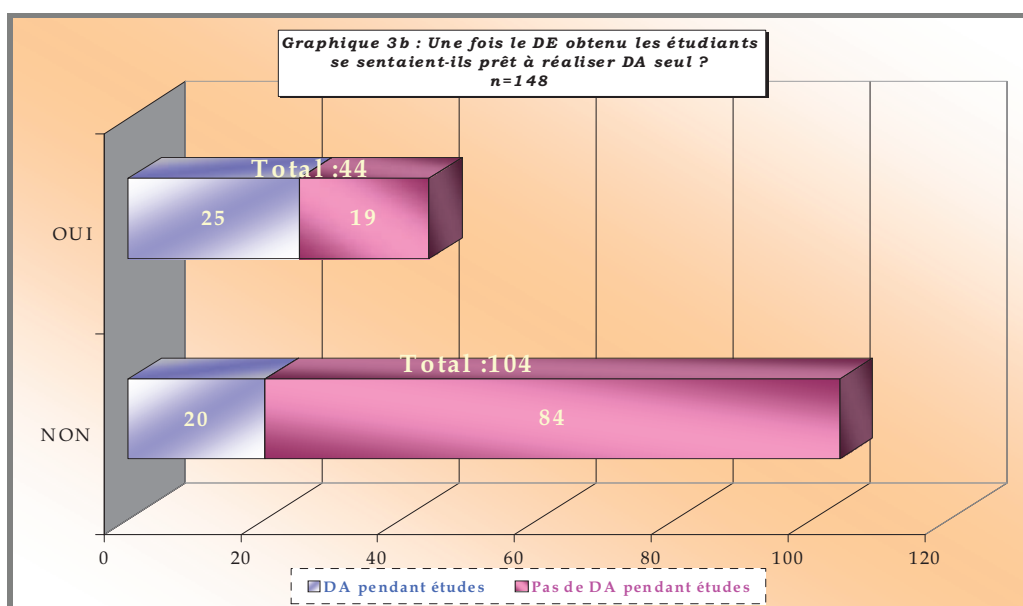


Sur cet histogramme chaque barre représente une promotion de 4^{ème} année. Quand on a demandé aux étudiants s'ils avaient déjà reçu un enseignement concernant la DA, les réponses différaient dans la même promotion.



69 % des étudiants n'avaient jamais fait de DA. A la date de l'étude, en moyenne les étudiants avaient réalisés 0,49 DA.

Sur les 7 hommes que comptait l'échantillon 5 sur 7 avaient déjà réalisé au moins une DA.

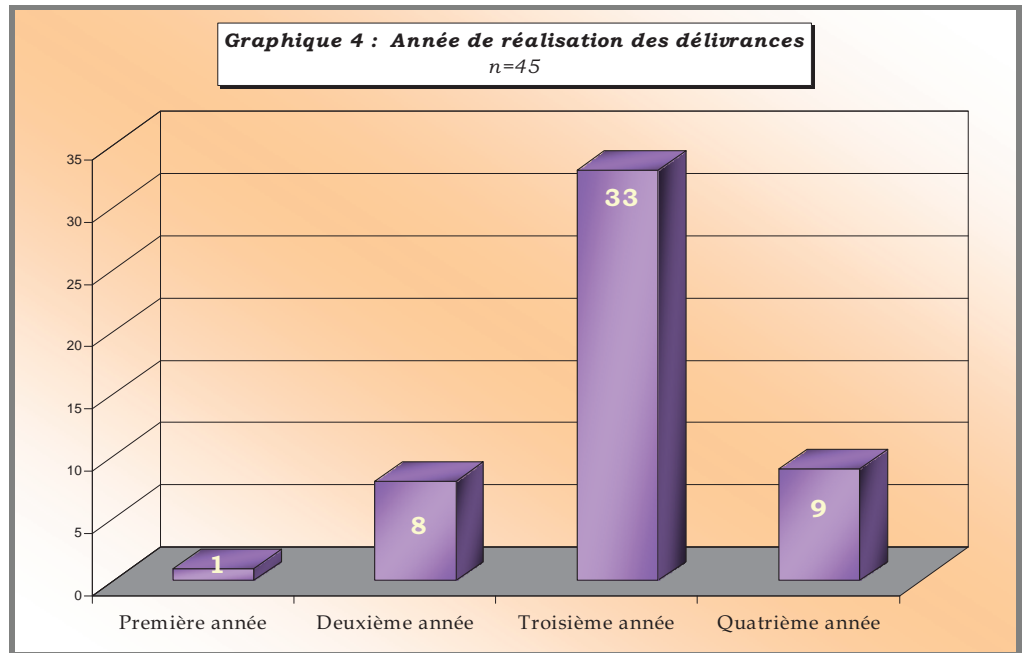


Il a été demandé aux étudiants s'ils se sentiraient prêt à réaliser une DA seul une fois le diplôme d'état obtenu (DE).

104 soit 70 % d'entre eux déclaraient que non. Parmi eux on comptait 20 étudiants qui avaient réalisé au moins une DA pendant leurs études.

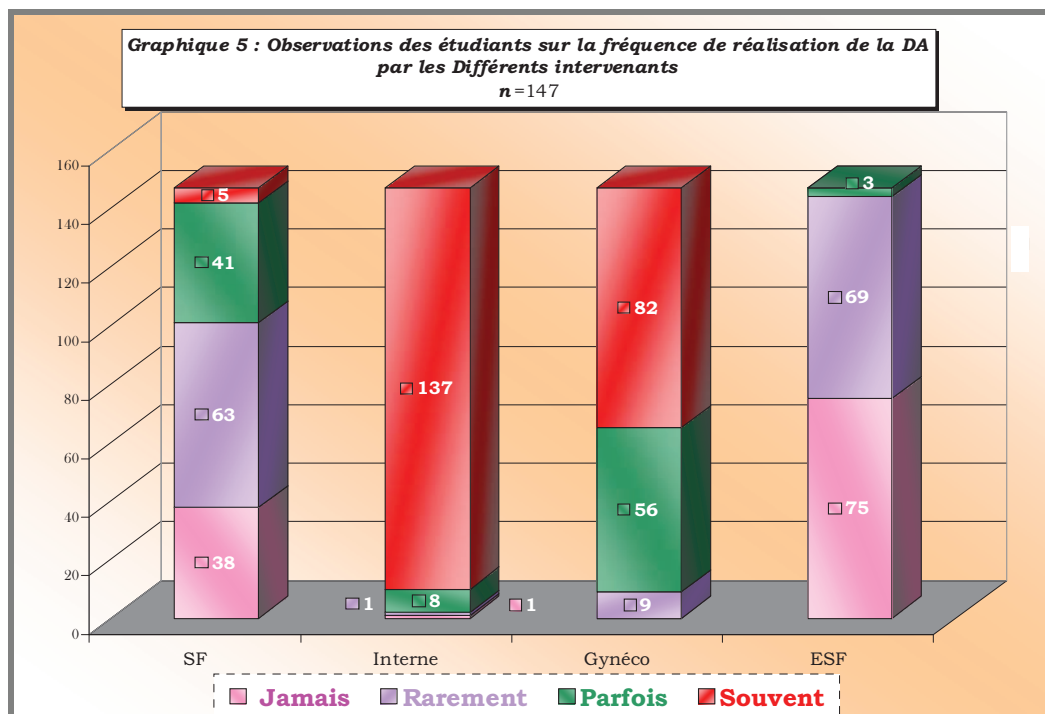
44 soit 30 % déclaraient que oui. Parmi eux 19 n'avaient jamais fait de DA pendant leurs études.

Parmi les 45 étudiants ayant réalisé au moins une DA pendant leurs études, 20 soit 45% d'entre eux ne se sentaient pas prêt à réaliser le geste seul une fois le diplôme d'état (DE) obtenu.

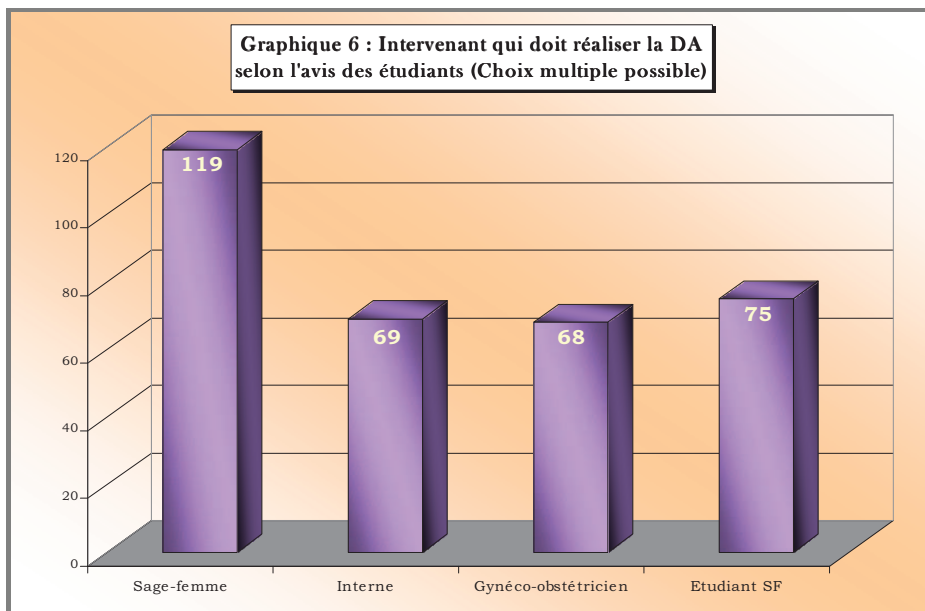


Les étudiants ayant pratiqué des DA les avaient réalisés pour la majorité en troisième année de formation. On remarquera tout de même qu'un étudiant avait réalisé une DA en première année.

Les valeurs du graphique ne correspondent pas exactement au nombre d'étudiants ayant réalisé des DA (n=45), car parmi eux certains avaient réalisé le geste plusieurs fois sur plusieurs années d'études.



Parmi les 148 étudiants un seul n'avait jamais vu de DA réalisée par qui que soit.



Il a été demandé aux étudiants de justifier leur choix. Voici les réponses obtenues pour justifier la pratique de :

(1) La Sage-femme

- « Fait partie de ses compétences » **(Cité 28 fois)**
- « Car c'est la première personne sur place elle est en première ligne » **(21)**
- « En cas d'urgence » **(17)**
- « DA fait partie d'une prise en charge globale » **(16)**
- « En l'absence d'un interne ou gynécologue sur place » (10)
- « Pour qu'elle puisse se former » (6)
- « Mais elle doit prévenir le gynécologue car c'est pathologique » (5)
- « En dehors de l'urgence » (4)
- « En niveau I elle n'a pas le choix » (3)
- « Mais uniquement en présence du gynécologue » (2)
- « Si c'était un accouchement physiologique » (1)
- « Car cela pourrait très bien faire parti de ses compétences » (1)

(2) L'interne

- « Pour se former » **(17)**
- « Fait parti de ses compétences » (5)
- « Si échec de la sage-femme » (4)
- « Car il est plus compétent que les sages-femmes qui ne sont pas ou peu formées » (3)
- « Si ce n'est pas urgent » (2)
- « S'il est directement sur place car c'est pathologique » (1)
- « En CHU car il est toujours présent » (1)

- « Car il est compétent pour réparer les déchirures du col que pourrait engendrer le geste » (1)

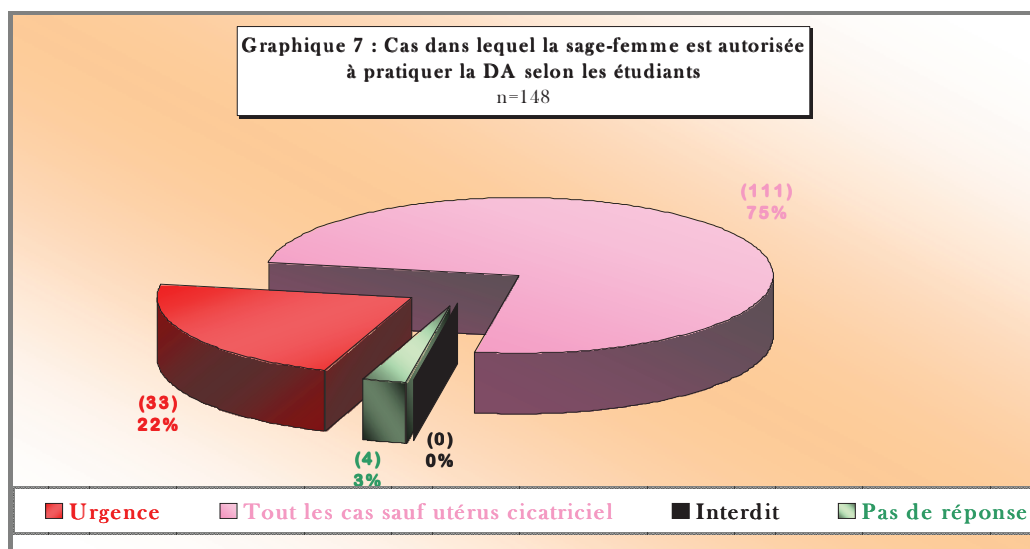
(3) Le Gynécologue-Obstétricien

- « Car c'est de la pathologie » (16)
- « Car il est plus compétent que les sages-femmes qui ne sont pas ou peu formées » (7)
- « Car cela fait parti de ses compétences » (6)
- « Si échec de la sage-femme » (4)
- « S'il est directement sur place car c'est de la pathologie » (2)
- « Si ce n'est pas urgent » (2)
- « En cas d'urgence » (1)
- « Si l'accouchement était pathologique » (1)
- « S'il y a des facteurs de risque d'hémorragie du post-partum immédiat » (1)
- « Car la sage-femme est occupée à posée la deuxième voie veineuse en urgence » (1)

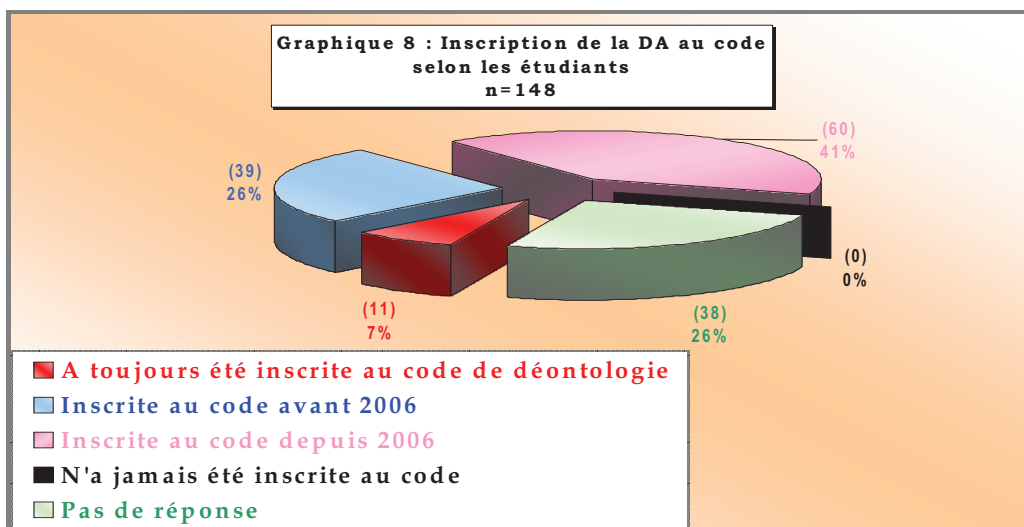
(4) L'étudiant sage-femme

- « Pour se former » (48)
- « Encadré par un interne » (1)
- « Encadré par le gynécologue » (1)
- « Dans le suivi global de la patiente » (1)

c) La législation



22 % des étudiants avaient répondu que la DA était autorisée à la sage-femme uniquement en cas d'urgence.



26 % des étudiants n'avaient pas donné de réponse à la question.

26 % pensaient que la DA a été inscrite au code avant 2006.

Et 7 % qu'elle avait toujours été inscrite au code de déontologie.

Nous allons désormais nous intéresser à l'étude qui a concerné les sages-femmes.

B. CONCERNANT LES SAGES-FEMMES

1. Cadre de l'étude

L'étude n'a concerné que les sages-femmes exerçant en salle de naissances d'hôpitaux publics. En effet une étude dans les maternités privées, où les gynécologues-obstétriciens pratiquent assez régulièrement eux-mêmes les accouchements, aurait rendu complexe l'analyse des propos recueillis.

L'étude a été réalisée de novembre 2008 à mi-janvier 2009 dans sept maternités de l'Est de la France. Le choix des maternités a été effectué par tirage aux sorts parmi toutes les maternités d'Alsace, de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté et de Lorraine, couvrant ainsi le même territoire que les écoles de sages-femmes ayant participé à la première étude.

Les maternités ayant répondu aux questionnaires, sont les maternités des villes de : MULHOUSE (Niveau III), PONTARLIER (IIa), SAINT-DIE (I), SAINT-DIZIER (IIb), VERDUN (IIa), VESOUL (IIb), WISSEMBOURG (I). (*Figure 1, page 29*).

J'ai tout d'abord envoyé un exemplaire du questionnaire aux sages-femmes cadre de salle de naissances. Je les ai ensuite contactées par téléphone pour avoir leur accord concernant la diffusion des questionnaires auprès des sages-femmes du service.

Le questionnaire était composé de cinq parties : Les renseignements généraux, l'exercice professionnel, la formation, la législation, la civilité (*Annexe 9*).

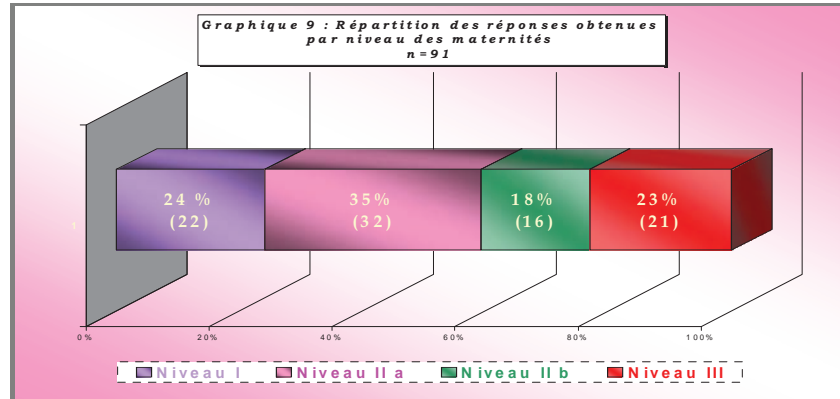
2. Les biais

Certaines des questions posées ont obtenu des réponses similaires, et auraient donc pu être posées différemment.

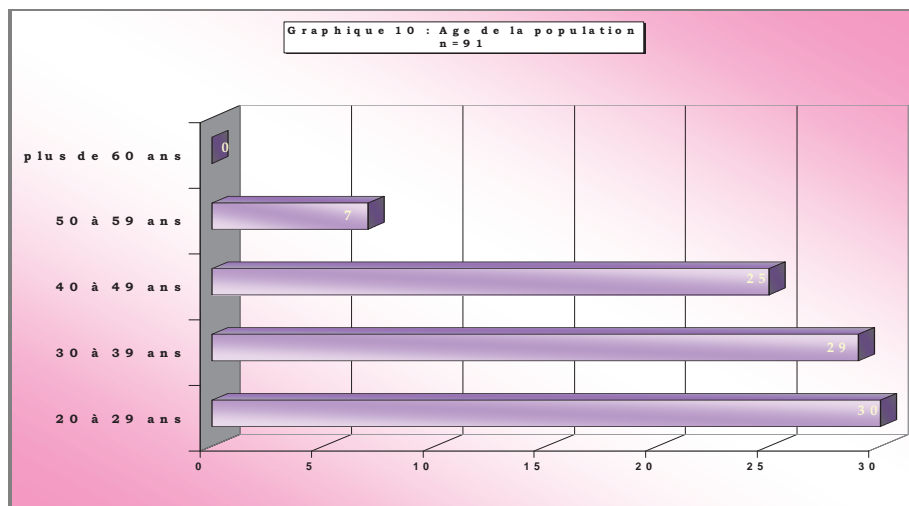
3. Résultats

Sur 126 questionnaires envoyés au total 91 ont été récupérés, soit **plus de 72 %** des sages-femmes sollicitées.

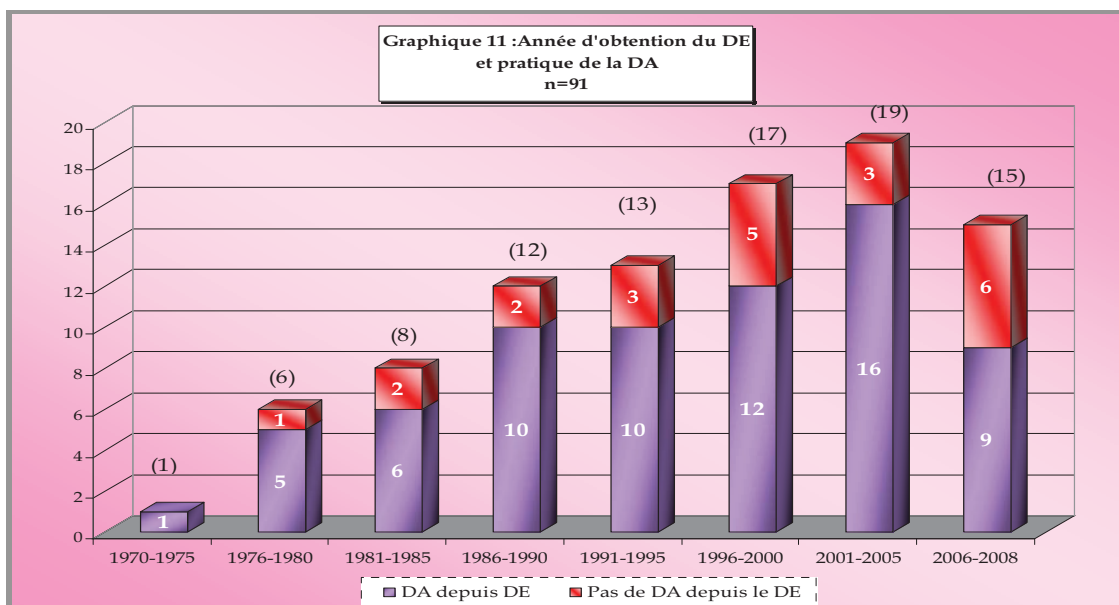
a) *Caractéristiques de la population*



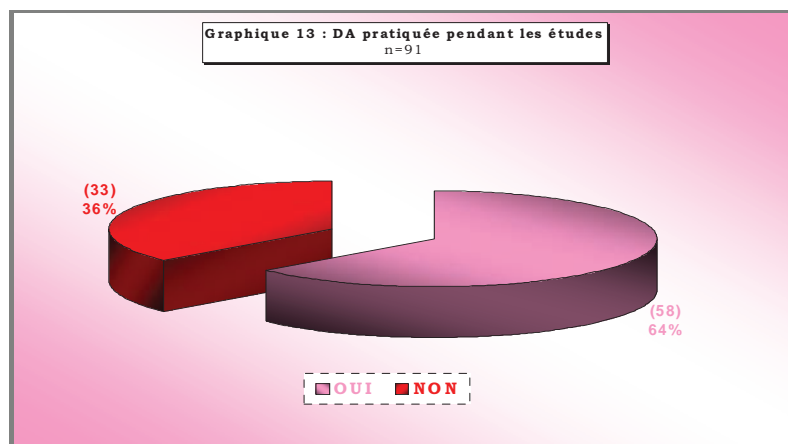
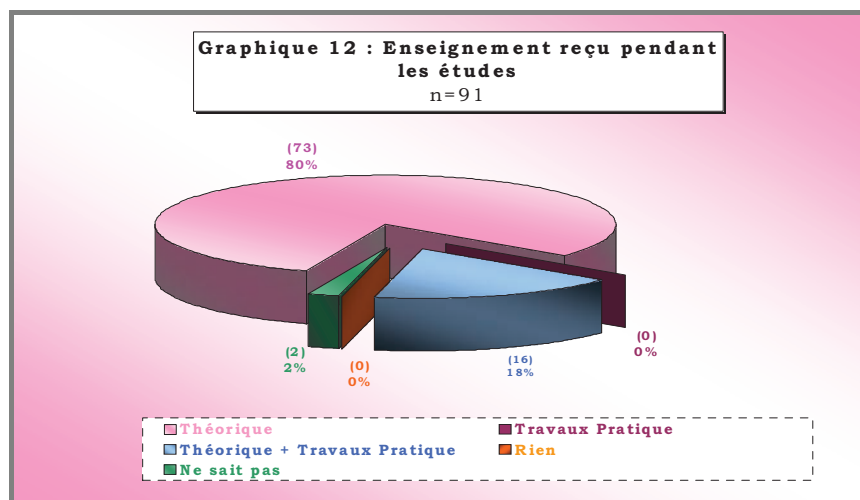
La population se composait de 2 (2%) hommes et de 89 (98%) femmes.



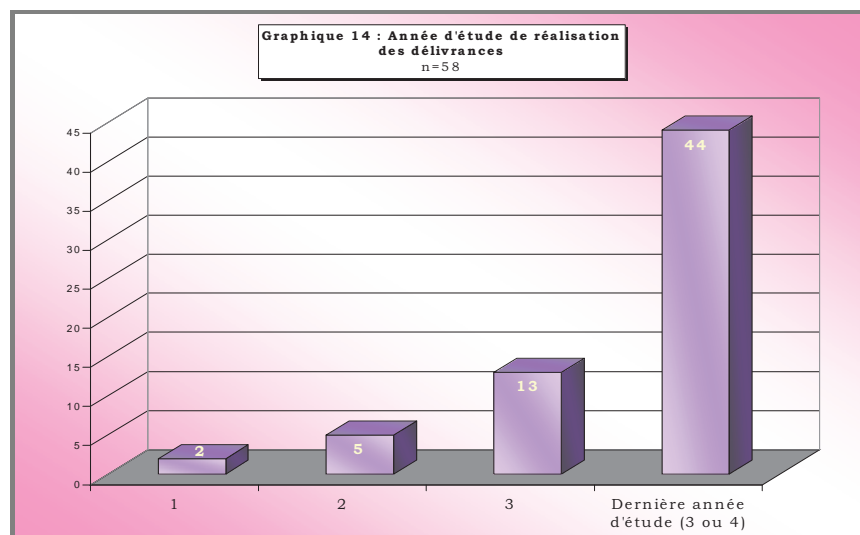
La moyenne d'âge des sages-femmes était de 35,5 ans



b) Formation initiale



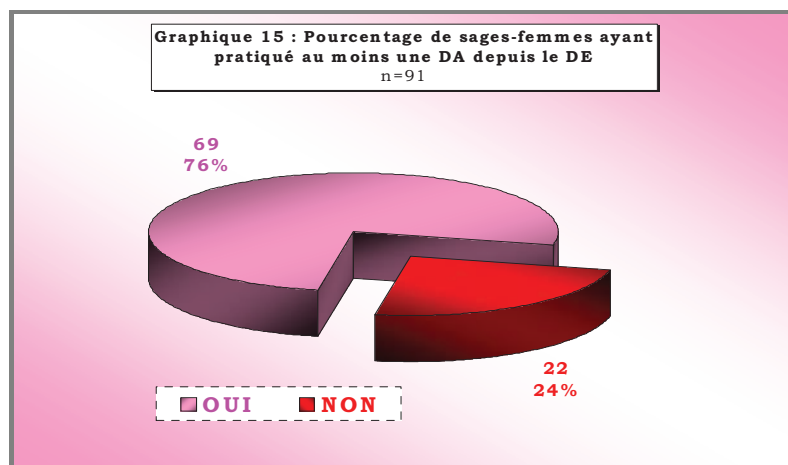
64 % des sages-femmes avaient réalisé au moins une DA pendant leurs études.



La majorité des sages-femmes avaient réalisé le geste en dernière année d'étude.

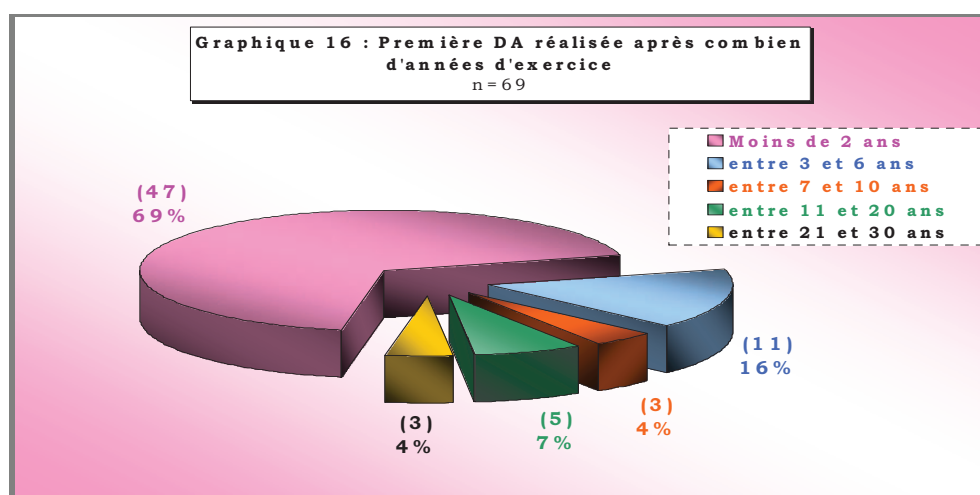
Il a également été demandé aux sages-femmes si en sortant de l'école elles se sentaient prêtes à réaliser une DA, 40% (36) avaient répondu « oui » contre 60% (55) qui avaient répondu « non ».

c) Exercice professionnel



Il a été demandé aux sages-femmes n'ayant pas réalisés de DA depuis la sortie de l'école quelle en était la raison. Les réponses obtenues étaient les suivantes :

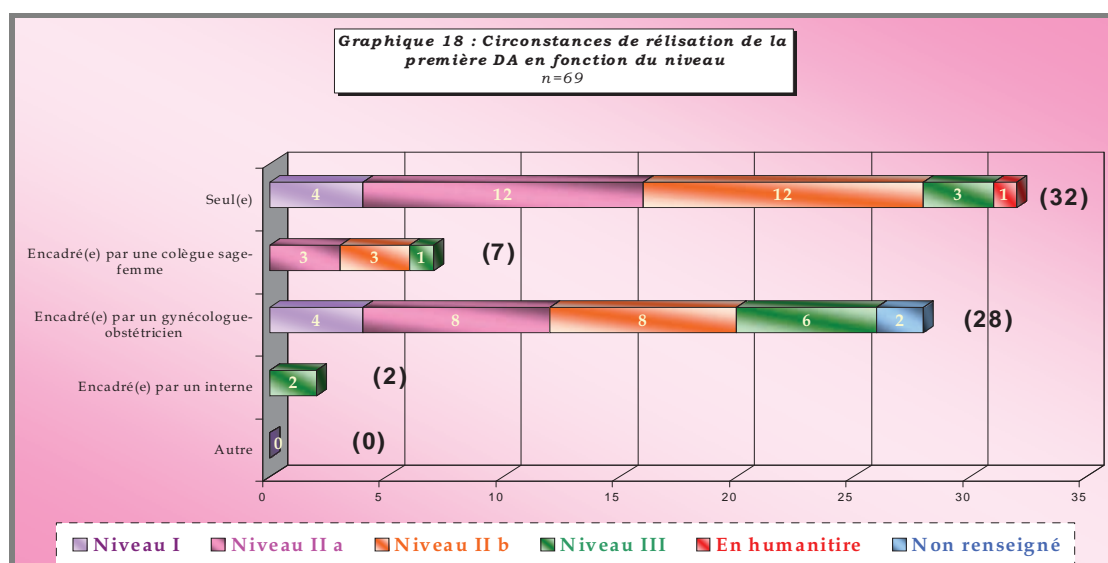
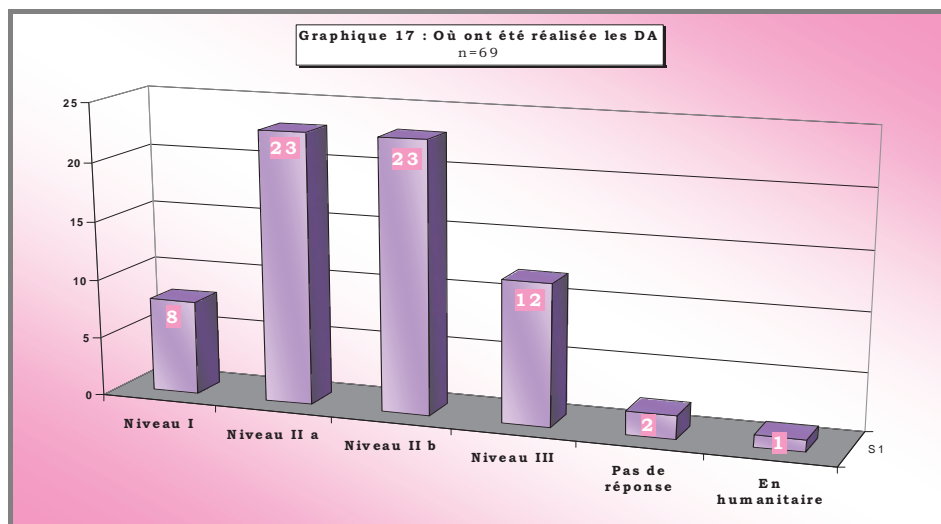
- « Acte réalisé systématiquement par l'interne ou le gynécologue-obstétricien » (21)
- « Très peu de temps que je travaille en salle de naissance » (1)



Depuis leur sortie de l'école 76% des sages-femmes avaient réalisé au moins une DA (graphique 15) et parmi ces dernières 69% l'avaient réalisée après

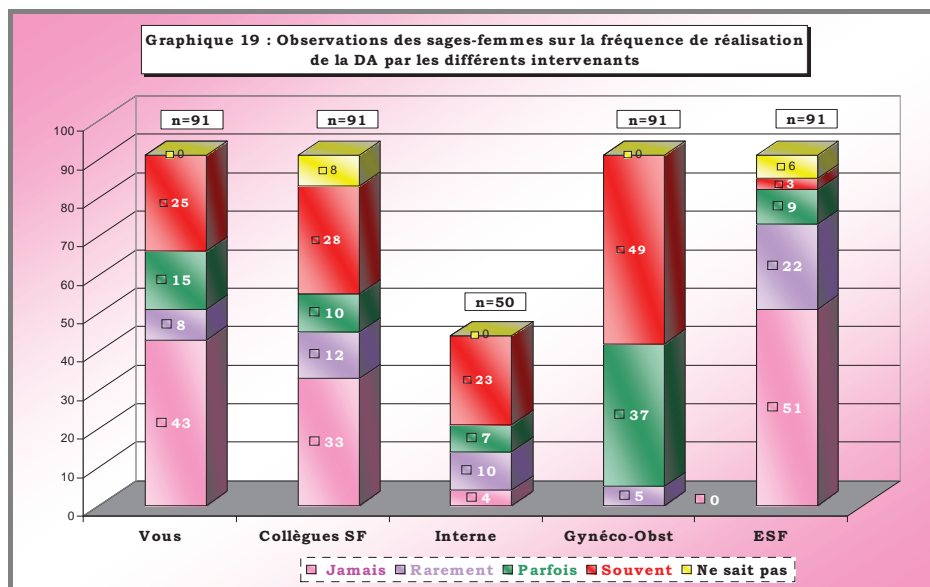
moins de deux ans d'exercice (*graphique 16*). En moyenne les sages-femmes interrogées avaient réalisé leur première DA après 2,9 années d'exercice.

Sur les 91 sages-femmes interrogées 63 soit 71% avaient toujours exercées en salle de naissances, sur les 28 restantes (29%) 9 exerçaient en salle de naissances depuis moins de deux ans.



Sur 69 sages-femmes 46 avaient fait leur première DA dans une maternité de niveau II soit 67% (*Graphique 17*).

32 sages-femmes sur 69 avaient réalisé cette première DA seules soit 46 %, et 28 sur 69 encadrée par un gynécologue-obstétricien soit 41 % (*Graphique 18*).



Dans les sept maternités ayant participé les internes étaient absents dans trois d'entre elles : les deux maternités de niveau I et une maternité de niveau IIa. En ce qui concerne les étudiants sages-femmes ils étaient présents dans toutes les maternités assez souvent, excepté dans les deux maternités de niveau I où leur présence était occasionnelle.

Sur les 91 sages-femmes 43 déclaraient ne jamais faire de DA soit 47% d'entre elles.

Il a été demandé aux sages-femmes ne pratiquant que rarement ou jamais la DA de justifier ce fait. Voici les réponses obtenues en fonction du niveau de la maternité :

Niveau I : (22 justifications sur 22 sages-femmes)

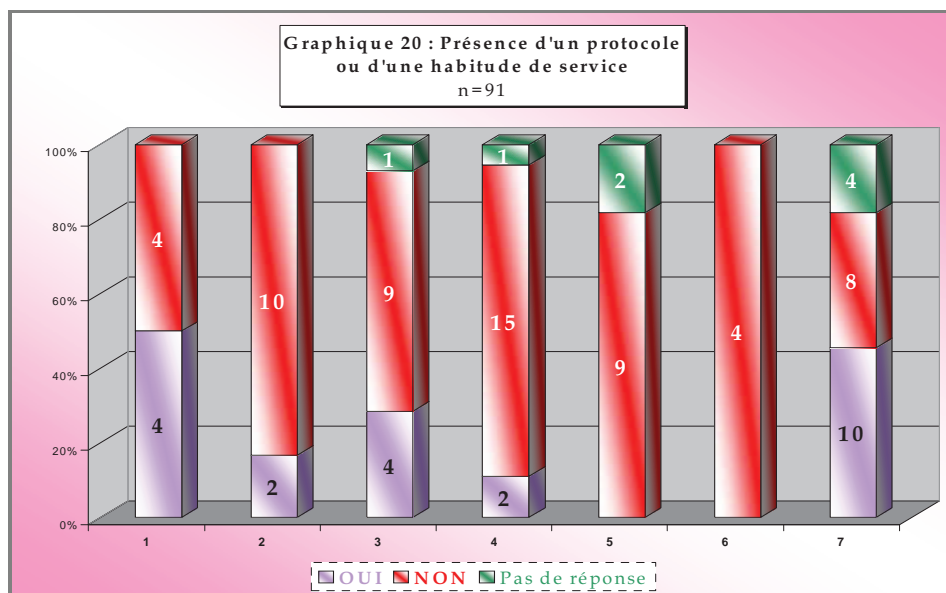
- « Comme nous sommes seules en salle de naissances nous ne pouvons pas gérer la réalisation de l'acte et tout ce qui l'entoure donc appel du médecin de garde qui fera le geste » (14)
- « N'a jamais eu affaire à une urgence » (3)
- « Ressort de la sage-femme uniquement en cas d'urgence » (3)
- « Fait partie des compétences du gynécologue-obstétricien » (2)

Niveau II : (6 justifications sur 48 sages-femmes)

- « Par manque d'occasion » (4)
- « En l'absence d'urgence le médecin préfère la faire » (1)
- « En urgence c'est le médecin qui fait le geste » (1)

Niveau III : (21 justifications sur 21 sages-femmes)

- « Interne ou chef de service présent dès que besoin » (16)
- « Déjà une charge de travail trop importante » (2)
- « A cause des internes » (2)
- « Pas de désir particulier de la réaliser » (1)



Sur ce graphique les maternités sont numérotées de 1 à 7. On observe que les réponses diffèrent au sein de la même maternité. Les sages-femmes qui avaient répondu qu'il existait un protocole ou une habitude de service ont été invitées à énoncer ce dernier. Voici les réponses obtenues :

Maternité 1

- « Appel du médecin de garde » (4)

Maternité 2

- « Appel médecin de garde, sauf extrême urgence » (2)

Maternité 3

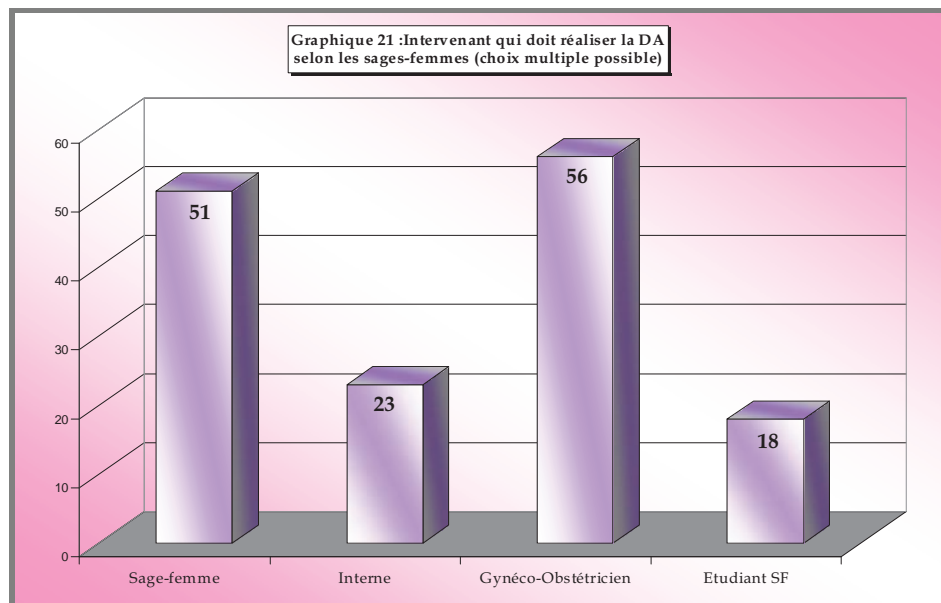
- « En cas d'urgence la sage-femme fait le geste, si pas d'urgence appel du médecin ou de l'interne de garde » (4)

Maternité 4

- « Sage-femme fait la DA mais prévient le médecin de garde » (2)

Maternité 7

- « Appel du médecin ou de l'interne de garde » (10)



Il a été demandé aux sages-femmes de justifier leur choix. Voici les réponses obtenues pour justifier la pratique de :

(1) La Sage-femme

- « Compétence de la sage-femme » (**Cité 14 fois**)
- « En cas d'urgence » (**13**)
- « Car c'est la première personne sur place elle est en première ligne » (**12**)
- « Fait parti du suivi global » (4)
- « Si elle en a l'habitude » (3)
- « Pour se former, car plus on en fait mieux on sait » (3)
- « Hors cas d'urgence » (1)
- « Pour ne pas perdre la main » (1)
- « Mais doit mettre le gynécologue-obstétricien en pré-alerte au cas où » (1)
- « Acte primordial pour la sage-femme » (1)

(2) L'interne

- « Pour se former » (**3**)
- « Il a plus de pratique que la sage-femme » (2)
- « Fait parti de ses compétences » (1)
- « En dehors du contexte hémorragique » (1)
- « Mais encadré par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien » (1)

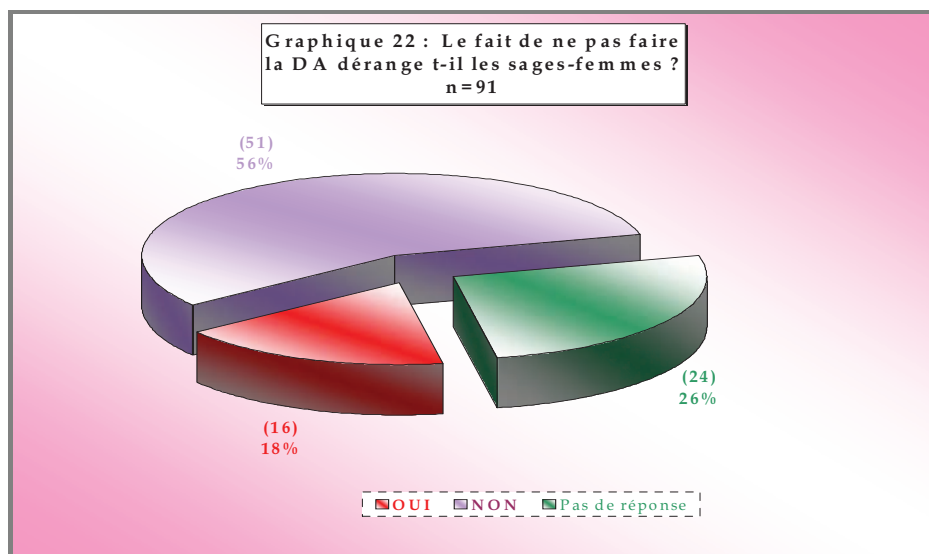
(3) Le gynécologue-obstétricien

- « Car c'est de la pathologie » (**9**)
- « Hors cas d'urgence » (**7**)

- « Car la sage-femme doit gérer tout ce qu'il y a autour (service du gynécologue, appels, dossiers) » (5)
- « Fait parti de ses compétences » (4)
- « Il est mieux formé que les sages-femmes » (4)
- « Car c'est un geste difficile à réaliser » (2)
- « En cas d'échec de la sage-femme » (1)
- « Il doit toujours être présent donc il la fait » (1)
- « Car sage-femme non formée=inexpérimentée=danger » (1)
- « Sortie de l'accouchement eutocique donc médico-légalement c'est au gynécologue de faire le geste » (1)

(4) L'étudiant sage-femme

- « Pour se former » (8)
- « S'il a de l'expérience » (1)
- « Fait partie de ses compétences » (1)



Il a été demandé aux sages-femmes de justifier leur réponse. Parmi celles qui ne se sentaient pas dérangées du fait de ne pas réaliser la DA voici les raisons évoquées :

- « Car pas l'habitude de le faire » (3)
- « Doit gérer les à côtés (Perfusion, transfusion éventuelle) » (3)
- « Ne veut pas être seule pour le faire » (2)
- « Car gynécologue et interne sont présent rapidement » (2)
- « La peur de mal faire » (2)

- « A déjà assez de travail » (2)
- « Car gynécologue doit être présent de toute façon » (1)
- « Echech à plusieurs reprises » (1)
- « Pour laisser faire l'étudiant sage-femme » (1)
- « Car n'aime pas le faire » (1)
- « Car c'est de la pathologie » (1)
- « A cause du médico-légal » (1)
- « Car la présence du médecin est obligatoire pour prescrire l'antibioprophylaxie nécessaire avant le geste » (1)

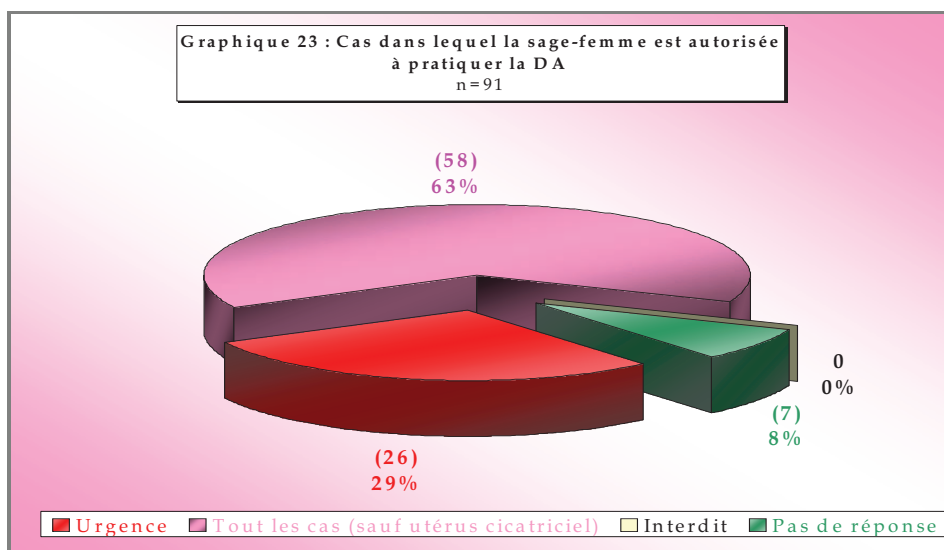
Parmi celles qui se sentaient dérangée du fait de ne pas réaliser la DA voici les raisons évoquées :

- « Car veulent s'exercer » (4)
- « Ne veulent pas perdre la main » (2)
- « Car la non expérience est stressante » (1)
- « Car n'a pas eu assez de pratique pendant les études » (1)
- « Veut remplir toutes les compétences sages-femmes » (1)
- « Car ce n'est pas dans l'urgence qu'on apprend les gestes qui sauvent » (1)

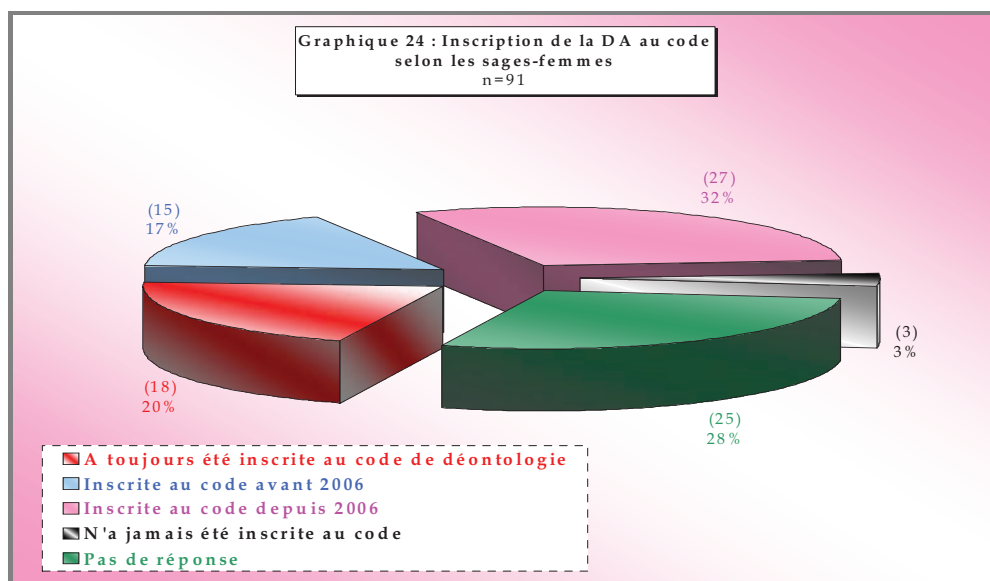
d) La formation au cours de l'exercice professionnel

Il a été demandé aux sages-femmes si elles étaient en demande d'une formation concernant la DA, 28 sur 91 avaient répondu positivement soit 31% d'entre elles. Et donc 63 soit 69% avaient répondu par la négative.

e) La législation



29% des sages-femmes avaient répondu que la DA leur était autorisée uniquement en cas d'urgence.



28 % des sages-femmes n'avaient pas donné de réponse à la question.

32 % pensaient que la DA avait été inscrite au code avant 2006.

Et 20 % qu'elle avait toujours été inscrite au code de déontologie.

Nous allons à présent, dans une dernière partie, procéder à l'analyse et à la discussion des résultats.

TROISIEME PARTIE :
ANALYSE DES RESULTATS
ET DISCUSSION

I. LA FORMATION DES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

A. LA FORMATION THEORIQUE

1. Enseignement sur la délivrance artificielle

La DA fait partie du programme théorique des étudiants sages-femmes, elle fait partie du programme d'obstétrique, elle est comprise dans le point 1.4.7 « complications de la délivrance » tiret 4 « Délivrance artificielle, Révision utérine » (*Annexe 10*). Tous les étudiants ayant répondu qu'ils avaient eu un enseignement, avaient reçu un enseignement théorique uniquement.

Mais le plus surprenant, est qu'au sein d'une même promotion de 1 à 11 étudiants, soit jusqu'à 50 % d'entre eux avaient affirmé ne pas avoir reçu d'enseignement à ce sujet (*Graphique 2*).

L'enseignement théorique concernant le sujet, n'a pas marqué la mémoire de tous les étudiants et aucune des écoles participantes ne proposaient de travaux pratiques pour illustrer la pratique, ce que regrettaient certains des étudiants.

2. La législation sur la délivrance artificielle

L'enseignement théorique, comprend également une partie concernant la législation, donc l'apprentissage de ce que contient le code de déontologie. Or, 22% des étudiants avaient tout de même répondu, que la DA était autorisée à la sage-femme uniquement en cas d'urgence (*Graphique 7*) et seulement 41% d'entre eux savaient que la (DA) était inscrite au code de déontologie depuis 2006. Et 26% n'avaient pas donné de réponse à la question (*Graphique 8*).

Ce qui nous montre, que certains des étudiants ignoraient encore une partie de leurs compétences. Cette ignorance, est sans doute due à ce que les étudiants ont observé sur leurs terrains de stages, comme on a pu le voir sur le *graphique 5*. Car en effet les étudiants n'avaient observé que très rarement les

sages-femmes pratiquer cet acte, contrairement aux internes et gynécologues-obstétriciens.

B. LA FORMATION PRATIQUE

La DA fait également partie des objectifs de référence pour la formation clinique (*Annexe 6*). A la fin de leur formation, les étudiants doivent avoir pratiqué 5 cas minimum de DA.

Dans l'échantillon d'étudiants sages-femmes interrogés, seul un étudiant avait rempli cet objectif clinique. 103 sur 148 soit 69% n'en avait réalisé aucune. Si l'on calcul la moyenne, chaque étudiant avait alors réalisé 0,49 DA (*Graphique 3a*). La très grande majorité avait réalisé le geste pendant la deuxième phase de la formation (*Graphique 4*).

Il est très intéressant de faire un distinguo par sexe, car en effet malgré que l'échantillon ne comptait que 5% de garçons (7 sur 148), nous pouvions constater que 5 sur 7 avaient déjà réalisé au moins une DA. Donc parmi les 45 étudiants ayant réalisé des DA 5 étaient des garçons.

Donc malgré leur faible taux de 5% dans l'échantillon ils représentaient 11% du total des étudiants ayant réalisé des DA.

On peut donc en conclure que ; même si l'enquête a été réalisée en début de quatrième année de formation, très peu d'étudiants auront rempli l'objectif clinique de 5 DA minimum.

Aux vues de l'enquête, les étudiants de sexe masculins avaient statistiquement réalisé plus de DA que les *étudiantes*. On peut alors penser que les étudiants de sexe masculins, investissent beaucoup plus les aspects techniques de la profession. Ou alors on pourra également se demander ; si les gynécologues-obstétriciens qui sont à plus de 60% des hommes [13], n'ont pas plus facilement tendance à laisser faire les étudiants de sexe masculins ?

C. APRES LE DIPLOME : LES ACQUIS

Au moment où on les avait interrogé, 104 sur 148 soit 70% des étudiants déclaraient qu'ils ne se sentiraient pas prêt à réaliser une DA seul, une fois le diplôme d'état (DE) obtenu (*Graphique 3b*). Ces réponses, semblaient se superposer parfaitement au nombre d'étudiants n'ayant jamais réalisé de DA (*Graphique 3a*). On aurait donc pu penser, que les étudiants déclarant ne pas se sentir prêt étaient les étudiants n'ayant jamais réalisé de DA, or ce n'était pas entièrement le cas. Car en effet, parmi ces 104 étudiants qui ne se sentaient pas prêt, 20 avaient réalisé des DA, parmi ces 20 étudiants on comptait même l'unique étudiant qui avait réalisé ses 5 DA.

Ce qui nous montre, que les étudiants, ayant même réalisé plusieurs DA ne se sentaient pas prêt à faire le geste seul, d'où l'importance d'en réaliser plusieurs pendant ses études.

Notre hypothèse qui pointait du doigt l'insuffisance de formation des étudiants semble se confirmer. Les étudiants ne se souvenant pas tous du cours sur la DA et leur peu de pratique sur le terrain, lorsqu'elle a lieu ne leur confère pas le sentiment de confiance, qu'une pratique régulière pourrait leur donner.

II. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

A. LA FORMATION INITIALE THEORIQUE ET PRATIQUE

Sur les 91 sages-femmes de l'échantillon, 89 soit 98% se souvenaient avoir reçu un enseignement théorique, parmi elles 16 avaient reçu en plus un enseignement pratique. Seul 2 sages-femmes ne se souvenaient plus si elles avaient reçu ou non un enseignement à ce sujet (*Graphique 12*).

On constate donc, que même si la DA n'était pas inscrite au code de déontologie, lorsque la plupart des sages-femmes de l'échantillon ont fait leurs études, elles avaient reçu un enseignement théorique, ainsi que pratique pour certaines. Elles avaient même pu en réaliser pendant leurs stages pour 64% d'entre elles (*Graphique 13*).

B. APRES LE DIPLOME : LES ACQUIS

En sortant de l'école, 60% des sages-femmes ne se sentaient pas prêtes à réaliser une DA seules, ce qui représentait beaucoup plus que le nombre de sages-femmes qui n'avaient pas fait de DA pendant leurs études, elles n'étaient que 36% (*Graphique 13 et 15*).

On peut donc en conclure, que le fait d'avoir réalisé le geste pendant ses études ne suffit pas pour pouvoir le réaliser seul, et qu'il est donc très important pour les étudiants, d'avoir l'occasion d'en pratiquer, car c'est avec l'habitude que la confiance en soi s'installe et que l'on acquière la technique.

C. L'EXERCICE PROFESSIONNEL

1. La première délivrance artificielle

Depuis leur entrée dans la vie active, 69 sur 91 soit 76% des sages-femmes de l'échantillon, avaient réalisé au moins une DA. Ce qui signifie tout

de même qu'inversement 22 sur 91 soit 24% des sages-femmes consultées, pratiquement une sur quatre n'avaient jamais fait de DA depuis le DE (*Graphique 15*).

On constate donc qu'un quart des sages-femmes n'avaient pas réalisé de DA, qui fait pourtant partie de leurs compétences. Mais quel pouvait en être la raison ?

Seul 9 des 22 sages-femmes qui n'avaient jamais pratiqué de DA, travaillaient en salle de naissances depuis moins de deux ans, et 6 d'entre elles étaient des jeunes diplômées (de 2006 à 2008). Il semblait donc compréhensible, que ces dernières n'avaient pas encore réalisé de DA, certainement par manque d'occasion. Or, seul l'une d'entre elles avait justifié ce fait par son peu de temps d'exercice en salle de naissances. Toutes les autres y compris les jeunes diplômées, avaient elles déclarées qu'elles n'avaient jamais fait de DA car elle était *systématiquement* faite par l'interne ou le gynécologue-obstétricien. Le manque d'occasion n'était donc pas en cause.

La DA a été *en moyenne* effectuée pour la première fois après 2,9 années d'exercice professionnel. Ceci restant une moyenne car 31%, soit un peu moins d'une sage-femme sur trois, avait pratiqué le geste dans une échelle comprise entre 3 et 30 ans d'exercice.

Donc même si la majorité des sages-femmes réalise le geste assez rapidement après le DE (2,9 ans), on note tout de même de très grosse variations dans la pratique.

2. Circonstances de réalisation

Comme exposé dans l'une de nos hypothèses, nous pensions que les sages-femmes réalisaient plus de DA dans les établissements de niveau I, du fait des astreintes des gynécologues-obstétriciens et de l'absence des internes. Ce qui s'est révélés être absolument faux.

Car en effet, 67% des sages-femmes avaient pratiqué leur première DA dans un niveau II (a ou b), 17% en niveau III et seulement 12% *en niveau I*. On notera

également qu'une sage-femme avait réalisé sa première expérience en mission humanitaire (*Graphique 18*).

14 sages-femmes sur les 22 qui exerçaient en niveau I à la date de l'enquête, déclaraient ne pas réaliser la DA car elles ne pouvaient pas gérer la réalisation de l'acte et de tout ce qui l'entoure, et qu'en conséquence elles faisaient appel au médecin de garde.

Certaines des sages-femmes parlaient de la pose d'une seconde voie veineuse pour beaucoup (elles faisaient donc référence uniquement au cas d'une hémorragie), et de servir le médecin pour la réalisation de la DA. Donc il serait ; pour ces sages-femmes, plus important en attendant le médecin de poser une seconde voie veineuse que de pratiquer une DA ? Un médecin qui de plus n'est pas dans l'enceinte de l'hôpital, surtout la nuit, et l'on sait que dans ces situations le temps joue contre nous.

46% des sages-femmes avaient exécuté leur première DA seules, et 41% encadrées par un gynécologue-obstétricien (*Graphique 18*). Donc quasiment une sage-femme sur deux était seule. Ce qui nous montre encore une fois, l'importance de la formation initiale des sages-femmes à ce sujet, car c'est un geste qui peut sauver des vies, mais qui peut devenir dramatique s'il est mal fait par manque de maîtrise, autant du geste que de soi.

3. La pratique des sages-femmes au quotidien

Même si 76% des sages-femmes déclaraient avoir pratiqué la DA depuis leur sortie de l'école, lorsqu'on leur demandait **47% affirmaient ne jamais** faire de DA, 9% en pratiquer rarement et seulement 27% déclaraient en pratiquer souvent (*Graphique 19*).

La pratique de la DA par la sage-femme, semble donc être vraiment très occasionnelle, et parmi les 76% en ayant fait depuis le DE, il semblerait aux vues de leur déclarations, que la plupart d'entre elles n'en aient vraiment réalisé qu'une fois ou deux.

Les observations des sages-femmes consultées ont montré, que se sont les gynécologues-obstétriciens et les internes qui réalisaient le geste le plus souvent. De nombreuses sages-femmes, en répondant à la question avaient précisé à côté de l'item « souvent », que le terme le plus adéquat aurait été « toujours » concernant le gynécologue-obstétricien.

En ce qui concerne les étudiants sages-femmes, le constat des sages-femmes était accablant. Car en effet 56% d'entre elles n'avaient jamais vu un étudiants faire de DA, 25% les avaient vu rarement et seulement 3% affirmaient voir souvent des étudiants pratiquer la DA.

Le constat du manque de formation des étudiants sages-femmes ressort donc également des observations des sages-femmes, et confirme notre hypothèse.

Comme nous avons pu le constater, peu de sages-femmes pratiquaient la DA en niveau I par peur de rester seul pendant le geste. En niveau II les sages-femmes ne réalisant jamais ou rarement le geste, avaient très peu justifié ce fait, leurs réponses étaient donc trop peu représentatives. Par contre les sages-femmes de niveau III déclaraient ne pas réaliser la DA, car l'interne ou le médecin de garde était présent dès qu'il y en avait le besoin et qu'elles avaient déjà une charge de travail trop importante.

Donc en niveau I les sages-femmes ne veulent pas être seules donc ne font pas la DA, et paradoxalement en niveau III où elles ne sont pas seules avec la présence des médecins et des internes, elles ne la réalisent que très peu.

4. Habitudes de services

Dans les sept maternités participantes, il n'existait pas de protocole de service définissant la personne qui devait pratiquer la DA. Les sages-femmes avaient énoncées des « *habitudes de services* ». Mais comme on peut le constater sur le *graphique 20*, toutes les sages-femmes d'un même service n'avaient pas connaissance de cette habitude. Seul les quatre sages-femmes de la maternité n°6 avaient des déclarations concordantes, mais le faible taux de réponse de cette maternité rend inexploitable ces réponses.

Malgré tout, au sein de la même maternité, toutes les sages-femmes ayant déclaré qu'il existait une habitude de service, avaient toutes énoncées la même habitude.

Lorsqu'elles existaient ces habitudes de services étaient similaires, cela consistait en : « l'appel du médecin de garde », « l'appel du médecin de garde, sauf extrême urgence », « en cas d'urgence la sage-femme fait le geste, s'il n'y a pas d'urgence appel du médecin ou de l'interne », « la sage-femme fait la DA mais elle prévient le médecin de garde », « l'appel du médecin de garde ou de l'interne ». Ce qui restait commun dans toutes ces pratiques était l'appel du médecin. La deuxième notion commune était l'urgence (voire *l'extrême urgence*).

Il semblait donc, que les sages-femmes réalisaient la DA en première intention uniquement en cas d'urgence, sauf dans la maternité n°4 où, la sage-femme pratiquaient la DA qu'il y ai urgence ou non mais prévenait tout de même le médecin de garde.

On pourra tout de même se demander d'où proviennent ces habitudes de services ? Des médecins ? Des sages-femmes entre elles ? Ou d'une concertation des deux ? Car comme on l'a remarqué toutes les sages-femmes d'un même service n'en avaient pas la notion, et que même pour certaines maternités les sages-femmes en ayant connaissance étaient minoritaires.

5. Professionnel qui doit réaliser la délivrance artificielle

Les sages-femmes désignaient le gynécologue-obstétricien comme intervenant qui devait réaliser la DA devant la sage-femme. Pour certaines sages-femmes ce n'était plus de leur ressort car « c'était de la pathologie », elles pensaient que le « gynécologue était mieux formé » qu'elles, et qu'elles devaient « gérer les à cotés » pendant que le médecin réalisait le geste.

En seconde position elles se désignaient car cela fait partie de leurs « compétences », uniquement « en cas d'urgence » et car elles étaient en « première ligne » pour d'autres.

Ensuite nous retrouvions internes et étudiant sages-femmes bon derniers, tout deux « pour se former ».

Les sages-femmes semblaient préférer déléguer cette compétence aux médecins de part leur manque de formation et de pratique.

56 % des sages-femmes n'étaient pas dérangées par le fait de ne pas réaliser la DA, elles le justifiaient par leur « manque de pratique », la « gestion des à cotés », de nouveau par le fait qu'elles ne voulaient « pas être seule » pour le faire, car les « gynécologues-obstétriciens sont présent rapidement », certaines avaient « peur de mal faire », et d'autres avaient « déjà assez de travail ».

Seul 18% étaient dérangées de ne pas faire de DA, elles voulaient s'exercer « pour ne pas perdre la main », elles trouvaient la « non expérience stressante », elles voulaient également « remplir toute leur compétences », trouvaient qu'elles avaient eu « trop peu de pratique pendant leur études » et que l'on « n'apprend pas les gestes qui sauvent dans l'urgence ».

26% ne s'étaient pas positionné.

Il en ressort que les sages-femmes ne sont pas en demande de pratiquer des DA, du fait de la disponibilité des médecins et surtout de leur manque de pratique. Et elles étaient assez peu nombreuses à être en demande d'une formation à ce sujet, uniquement 31%, certaines avaient tout de même précisé : « pourquoi pas » ou même « ce serait une très bonne idée » à coté de leurs réponses.

6. Connaissance de la législation

29% des sages-femmes interrogées, donc quasiment une sur trois, pensaient encore que la DA leur était autorisée uniquement en cas d'urgence. 8% n'avaient pas répondu (*Graphique 23*).

32% savaient que l'inscription de la DA au code était récente. 20 % déclaraient qu'elle avait toujours figuré dans le code de déontologie. 28% n'avaient pas donné de réponse (*Graphique 24*).

On observe très clairement, que les sages-femmes connaissent assez mal les récentes mises à jour de la législation, en tout cas en ce qui concerne la DA. Et le nombre important de personnes n'ayant pas répondu aux questions nous semble être très significatif de ce fait. Les récentes mises à jour du code de déontologie, n'ont semble t'il pas atteint toutes les sages-femmes.

Notre hypothèse, qui était de penser que les sages-femmes pratiquaient plus de DA en niveau I à été mise a mal, car c'est au contraire dans ces maternités qu'elles semblent le moins en pratiquer, de peur d'être isolée lors de sa réalisation.

La seconde hypothèse, qui était de croire que la réalisation de l'acte par la sage-femme dépendait de l'organisation du service (ainsi que de la présence du médecin de garde sur place ou non), s'est avérée être à la fois en partie exacte et à la fois en partie inexacte. En effet, la pratique de la DA dépend de l'organisation du service, en étant dans certains établissements conditionnée par des « habitudes de services ». Et en partie inexacte, car le fait que le médecin soit de garde sur place ou non ne semble pas faire une grande différence, dès qu'il y a DA on appelle le médecin de garde pour la grande majorité des maternités participantes.

La dernière hypothèse, qui consistait à penser que la formation des sages-femmes était insuffisante, semble être exacte, car premièrement les sages-femmes par leurs déclarations confirment ce point et deuxièmement au travers de l'enquête, on a objectivé un manque de pratique certain au profit des internes et des gynécologues-obstétriciens. D'ailleurs, les sages-femmes sont assez peu nombreuses à être en demande d'une formation sur le sujet, formation qui nous le pensons doit être pratique.

III. CONFRONTATION ETUDIANTS SAGES-FEMMES ET SAGES-FEMMES : DIFFERENCES ET CONCORDANCES

A. LA FORMATION

1. La formation théorique

Si l'enseignement théorique (encore récent) de la DA semblait ne pas avoir marqué l'esprit de tous les étudiants sages-femmes, au contraire il semble qu'il ai beaucoup plus marqué, à l'époque, celui des sages-femmes. En effet car seule deux d'entres elles ne s'étaient pas souvenues avoir reçu un enseignement sur le sujet.

Il s'avère que certaines écoles aient, par un temps, organisé des travaux pratiques comme 20% des sages-femmes l'avaient déclaré.

2. La formation pratique

Malgré que la DA n'ai été inscrite au code que depuis très récemment, nous avons pu voir que les professionnelles avaient pour 64% réalisé au moins une DA pendant leurs études, contre seulement 31% dans la génération actuelle d'étudiants.

3. Les acquis de la formation

Sur ce point le constat parait être unanime, le fait d'avoir réalisé au moins une DA et même plus pendant ses études ne suffit pas à se sentir prêt pour en réaliser seul à la sortie de l'école. D'où l'importance de la pratique clinique répétée, autant pour les sages-femmes que les étudiants. Car comme l'avaient déclaré plusieurs sages-femmes : « cette pratique est stressante » et « ce n'est pas en urgence que l'on apprend les gestes qui sauvent ».

B. LA PRATIQUE AU QUOTIDIEN

Les observations des étudiants et des professionnelles étaient concordantes, et nous montraient bien qu'au quotidien les sages-femmes ne pratiquaient que très rarement. Et que les étudiants pour leur part ne pratiquaient qu'exceptionnellement.

Même si les étudiants pensaient très majoritairement que c'était à la sage-femme de réaliser la DA, contrairement aux sages-femmes qui avaient plus cité le gynécologue-obstétricien, nous retrouvions malgré tout dans leurs discours des notions communes.

Tout comme les professionnelles, les étudiants nous avaient parlé que dès qu'il y avait besoin d'une DA nous sortions du versant physiologique de l'accouchement, et que le gynécologue-obstétricien était plus compétent que les sages-femmes car elles étaient peu ou pas formées.

En ce qui concerne la pratique des sages-femmes, les étudiants étaient tout comme les sages-femmes nombreux à parler de la notion d'urgence comme seul cas dans lequel elles étaient habilitées à faire une DA. Ils désignaient la sage-femme comme intervenant de choix du fait de sa présence sur place en première ligne, tout comme les professionnelles l'avaient mentionnées.

C. CONNAISSANCE DE LA LEGISLATION

Concernant la connaissance de la législation, nous aurions pu penser que les étudiants, du fait de leur statut, connaissaient parfaitement ce point, or ce n'était pas le cas. Etudiants et sages-femmes ont fait les mêmes erreurs sur ce sujet, quasiment dans les mêmes proportions. On notera une légère différence en faveur des étudiants, mais cette différence reste très minime.

La mise en place d'un outil récent : « le référentiel métier et compétences des sages-femmes » [19], devrait aider à combler les lacunes des étudiants et des sages-femmes concernant les mises à jour récentes de leurs compétences.

IV. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTIONS : QUELQUES PROPOSITIONS

A. LA FORMATION DES ETUDIANTS

Comme nous l'ont montré les résultats de l'enquête, le cours théorique sur la DA semblent être insuffisant, de par sa forme mais certainement pas par son contenu. Pourquoi ne pas proposer un cours très imagé (photos, dessins) car on le sait la grande majorité de la population a une mémoire visuelle, l'association cours magistral - cours imagé aurait peut-être un impact plus important sur la mémoire des étudiants.

Pourquoi également ne pas proposé aux étudiants des travaux pratiques (TP) comme il peut leur être proposé des TP d'accouchement, de manœuvres obstétricales.

La meilleure formation restant bien sûr la pratique sur les terrains de stages, et l'objectif des 5 DA à la fin de formation même s'il paraît irréalisable ne semble pas être exagéré pour acquérir maîtrise du geste et assurance. Tout comme l'objectif de 80 accouchements, devant être obligatoirement atteint pour le DE, pourquoi ne pas réduire le nombre de DA à 2 au minimum et s'assurer que cet objectif soit atteint par tous les étudiants ? Ceci devrait bien sûr passer par une discussion avec les différents acteurs des lieux de stages, pour rendre cet objectif possible et réalisable.

Mais tant que les sages-femmes elles même ne réalisent pas la DA, comment les étudiants le pourraient-ils ? Reste bien sûr la solution de demander aux médecins et internes mais cette solution ne porte pas ses fruits, car certains étudiants ont affirmé avoir du « supplier » pour obtenir un accord. J'ai moi-même essuyé très récemment un refus net et catégorique, je confirme la difficulté de se voir accorder une chance de réaliser le geste.

B. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

La pratique par la sage-femme reste très marginale, ceci étant du en premier lieu, aux habitudes de services consistant en l'appel systématique du médecin, laissant peu de place aux sages-femmes et aux étudiants. Et en second lieu, au fait que la mise à jour récente du code de déontologie au sujet de la DA ne soit pas connue de toutes les professionnelles.

Chaque sage-femme nouvellement diplômée ainsi que celles qui ne se sentiraient pas à l'aise avec la DA, devraient bénéficier par les gynécologues-obstétriciens ou par ses pairs d'un encadrement sur la DA autant de fois que nécessaire dans des situations non urgente (rétention placentaire non hémorragique), pour qu'elles se sentent à l'aise avec le geste, pour pouvoir le réaliser seule en cas d'urgence et de plus pouvoir encadrer les étudiants.

Ce geste est, nous le pensons, fondamental, car les conséquences d'un retard de prise en charge en situation d'urgence (notamment dans le cas d'hémorragies de la délivrance), peuvent être dramatique. La formation de tous les acteurs compétents nous semble donc primordiale.

Cette formation pratique rentrerait donc dans la formation continue des sages-femmes, qui comme on le sait est une obligation déontologique (*Annexe 11*).

CONCLUSION

L'étude réalisée a mis en exergue le peu de pratique de la DA par les sages-femmes, ainsi que le manque de formation clinique des étudiants sages-femmes.

La raison essentielle à ce constat semble être du en premier lieu aux habitudes de services consistant en l'appel systématique du médecin, laissant peu de place aux sages-femmes et aux étudiants, les privant alors d'une pratique régulière. Et en second lieu, au fait que la mise à jour récente du code de déontologie au sujet de la DA ne soit pas connue de toutes les professionnelles.

Il semble donc nécessaire d'effectuer une amélioration de la formation initiale des étudiants ainsi que de la formation continue des sages-femmes comme proposé dans notre dernière partie.

La formation continue constitue une obligation déontologique. Il reste néanmoins nécessaire de valoriser les compétences des sages-femmes et important de faire reconnaître leur profession par le milieu médical, par les autorités et par les usagers.

Les compétences des sages-femmes ont évolué très rapidement ces dernières années. Il serait peut-être judicieux, en leur en donnant les moyens, de veiller à ce que les sages-femmes soient en mesure d'assurer celles qui leurs sont actuellement dévolues.

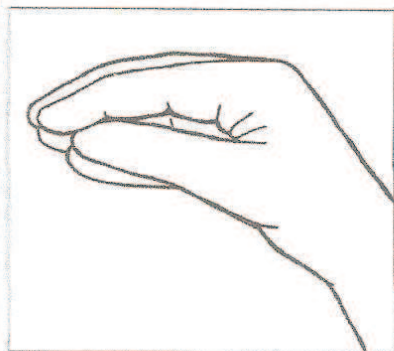
BIBLIOGRAPHIE

- [1] ADELON N-P, BECLARD, BERARD A., ET AL. Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales. Tome 10, 2^e Edition. Paris : Librairie de la faculté de médecine, 1835, 624p Disponible sur :
<http://books.google.fr/books?id=6kQSAAAAYAAJ&printsec=frontcover>
(Page consultée le 5 Juin 2008).
- [2] BAYLE, CAYOL, GILBERT ET AL. Revue médicale Française et étrangère. Journal de la médecine Hippocratique, 1837, Tome IV^e.
- [3] BULLETIN DE LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE PARIS, pendant l'année 1861. Deuxième série. Tome II^e. Edition Victor MASSON et Fils PARIS, place de l'école de médecine, 1862. 746p. Pages 545-546. Disponible sur :
<http://books.google.fr/books?id=TQAEAAAAYAAJ&printsec=frontcover>
(Page consultée le 25 Mai 2008).
- [4] BULLETIN GENERAL DE THERAPEUTIQUE MEDICALE ET CHIRURGICALE. Recueil pratique réalisé par J.E.M MIQUEL. Tome IX^e, 1835. 822p. Disponible sur :
<http://books.google.fr/books?id=Y0ISAAAAYAAJ&printsec=frontcover&lr=>
(Page consultée le 25 Mai 2008).
- [5] CABROL D., PONS J-C., GOFFINET F., Traité d'obstétrique, 2003. Médecin-Sciences. Flammarion 1154p.
- [6] CAPURON J. Cours théorique et pratique d'accouchemens. 4^e Edition. Bruxelles : A la librairie médicale et scientifique, 1828, 355p. Disponible sur :
<http://books.google.fr/books?id=ryoPAAAAQAAJ&printsec=frontcover&dq=cours+theorique+capuron&ei=sizOSeHqGYvKNdfJ9K8P>
(Page consultée le 12 Juin 2008).
- [7] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES FEMMES. Code de déontologie Mars 2007.
- [8] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES FEMMES. Code de déontologie Août 1991.
- [9] DECRET N°49-1351 DU 30 SEPTEMBRE 1949, Portant code de déontologie des sages-femmes (JO oct.; B.L.D. 1949-987). Disponible sur :
<http://www.refer.sn/rds/IMG/pdf/5a49CODEONTSAGEFEMME49.pdf>
(Page consultée le 19 mars 2009).

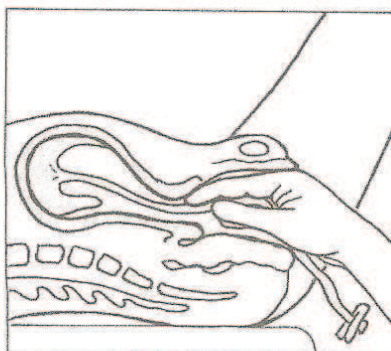
- [10] DEMOGRAPHIE MEDICALE AU 1^{ER} JANVIER 2004. Les spécialités en crise. La gynécologie obstétrique p57-65. Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/specrise.pdf> (Page consultée le 02 Mars 2009).
- [11] GABRIEL R., HAKIRA G., QUEREUX C., ET AL. Encyclopédie médico-chirurgicale. Obstétrique. Délivrance normale et pathologique. [5-108-M-10]. 996 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
- [12] JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION 1998; 27 : 692-701. Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées Résultats d'une enquête dans 11 régions B. Blondel.
- [13] JOURNAL DE L'ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS DE SAGES-FEMMES. Bulletin trimestriel n°450 (Septembre 2008).
- [14] LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G., Obstétrique pour le praticien. 4^{ième} édition 2003. 469p.
- [15] LANSAC J., MARRET H., OURY J-F., Pratique de l'accouchement, 4^{ième} édition, 2006. Masson. 553p. Pages 85-91.
- [16] LITRE E. Œuvres complètes d'Hippocrate – Traduction nouvelle avec le texte grec en regard. Tome VIII. Paris : J .B. Bailliere, 1853, 676p. Disponible sur : <http://books.google.fr/books?id=XmkFAAAAQAAJ&printsec=frontcover&dq=oeuvre+compl%C3%A8tes+d%27hippocrate&lr=&ei=oyrOSdfRCpy8zgSX-sx-> (Page consultée le 5 juin 2008).
- [17] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J. Précis d'obstétrique. 6^e Edition. Paris : Masson, 2001, 597p.
- [18] PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DES DISPOSITIONS DU CODE DE DEONTOLOGIE DE SAGES-FEMMES. Article R.4127-318 du code de la santé publique. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/projets/code/art18.html> (Page consultée le 24 avril 2008).
- [19] REFERENTIEL METIER ET COMPETENCES DES SAGES-FEMMES. Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Octobre 2007.

- [20] ROUX P-M., L'observateur des sciences médicales par une société de médecins, chirurgiens et pharmaciens. Dédié à HIPPOCRATE. 3^{ième} année Tome IV^e, 1823.
- [21] SORANOS D'EPHESE. Maladies des femmes. Tome II, Livre II Paris : Les belles lettres, 2003, 134p.
- [22] WIKIPEDIA. HIPPOCRATE.
Disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Hippocrate>
(Page consultée le 30 août 2008).
- [23] WIKIPEDIA. SORANOS D'EPHESE. Disponible sur :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Soranos_d'%C3%89ph%C3%A8se
(Page consultée le 30 août 2008).
- [24] WIKIPEDIA. FIEVRE PUERPUERALE.
Disponible sur :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Fi%C3%A8vre_puerp%C3%A9rale
(Page consultée le 19 mars 2009).
- [25] WIKIPEDIA. IGNACE PHILIPPE SEMMELWEIS.
Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Ignace_Philippe_Semmelweis
(Page consultée le 19 mars 2009).
- [26] WIKIPEDIA. ALEXANDER FLEMING.
Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Alexander_Fleming
(Page consultée le 19 mars 2009).
- [27] <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-44.pdf>
Mortalité maternelle
(Page consultée le 02 Avril 2009).

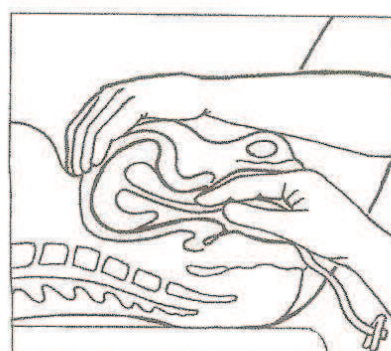
Délivrance artificielle : Technique



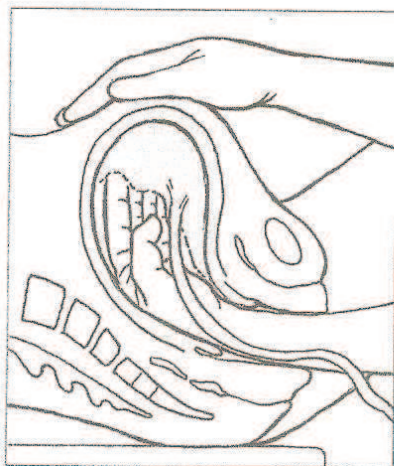
a. Position de la main qui doit pénétrer dans le vagin et l'utérus pour la délivrance artificielle ou la révision utérine.



b. Introduction de la main gantée dans les voies vaginales ; on suit le trajet du cordon.



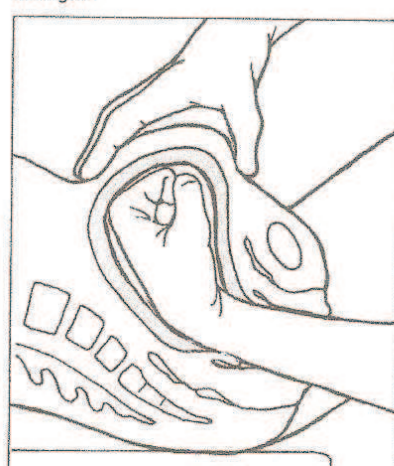
c. La main droite étant introduite dans les voies génitales et l'utérus, la main gauche empaume le fond utérin et l'abaisse vers le vagin.



d. La main intra-utérine clive l'espace intro-utéro-placentaire avec le bord cubital de la main. La main abdominale maintient le fond utérin.



e. Compression de l'utérus après révision utérine.



f. Compression avec le poing en cas d'hémorragie de la délivrance.

ANNEXE 2

Article R.4127-313 du code de déontologie des sages-femmes

(Article en vigueur depuis le 8 août 2004, ancien article 13 en vigueur depuis août 1991)

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

Article R.4127-325 code de déontologie des sages-femmes

(Article en vigueur depuis le 8 août 2004, ancien article 25 en vigueur depuis août 1991)

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

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

ANNEXE 3

Décret n°49-1351 du 30 septembre 1949, **Portant Code de déontologie des sages-femmes**

Article 3

(Article en vigueur de septembre 1949 à août 1991)

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, parturiente, accouchée, et au nourrisson en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent par leur être assurés.

Article 23

(Article en vigueur de septembre 1949 à août 1991)

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. Seul le cas de force majeure, notamment l'absence du médecin et le danger pressant, autorise la sagefemme à donner des soins de la compétence normale du médecin.

ANNEXE 4

Article 18 du code de déontologie

Article en vigueur depuis le décret n°91-779 du 8 août 1991 (puis modifié par le décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 cf. annexe 5)

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

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

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

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

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

ANNEXE 5

Article R4127-318 du code de la santé publique

Modifié par Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006

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

- 1° L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2° Le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1 ;
- 3° L'amnioscopie de fin de grossesse ;
- 4° La surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
- 5° Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;
- 6° L'oxymétrie du pouls fœtal ;
- 7° L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- 8° L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- 9° La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- 10° La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;**
- 11° Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- 12° La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 13° La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement ;
- 14° (*Modifié par Décret n°2008-863 du 27 août 2008*) Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

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

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

ANNEXE 6

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 accouchées (100 examens au moins).
22. Pratiquer l'examen clinique des nouveau-nés normaux (au moins 100 examens).
23. Surveiller les femmes accouchées, en situation de risque médical, social et psychique (au moins 60 cas).
24. Assurer la prise en charge globale de la mère et de l'enfant en favorisant le lien mère-enfant.
25. Surveiller et donner des soins aux nouveau-nés, y compris de nouveau-nés avant terme, de faible poids de naissance ou présentant des troubles.
26. Assurer la préparation à la naissance et à la parentalité (animer 3 séances).
27. Pratiquer la prévention et la correction des troubles périnéo-sphinctériens et des séances de rééducation (20 séances au moins).
28. Promouvoir l'allaitement maternel et assurer son suivi.
29. Informer les femmes et les couples dans le domaine de la régulation des naissances.
30. Participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents.
31. Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur : de l'élaboration à l'analyse des données.
32. Participer à des actions de recherche, d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins.
33. Participer à la prévention, à l'information et à l'éducation dans les domaines de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie et de la petite enfance.
34. Savoir développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux, pour une meilleure prise en charge des personnes soignées.
35. Savoir développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation,...) avec les partenaires institutionnels, économiques et industriels.

ANNEXE 7

Les établissements de santé qui souhaitent assurer la prise en charge des femmes enceintes doivent respecter des conditions techniques de fonctionnement, différentes suivant les unités, pour être autorisés.

Maternité niveau I :

Locaux :

- Locaux réservés à l'accueil des patientes tous les jours de l'année et 24 heures/24.
- Locaux réservés aux consultations
- Un secteur de naissance (comprend des locaux de pré-travail, locaux de travail, locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés, une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale). Tous ces locaux doivent être implantés de manière contiguë et au même niveau. Le nombre de salles de travail et pré-travail est fixé par décret
- Un laboratoire : les établissements qui n'en disposent pas doivent passer une convention avec un laboratoire.

Personnel :

Les sages-femmes :

- Nombre de naissances <1000 : une sage-femme présente en permanence
- Nombre de naissance >1000 : une sage-femme par tranche de 200 naissances supplémentaires
- Nombre de naissances >2500 : une sage-femme supplémentaire ayant une fonction de surveillance du secteur coordonne les soins de jour.

Les médecins : une présence médicale continue est obligatoire

- Nombre de naissances <1500 : la présence médicale est assurée par un gynécologue-obstétricien sur place ou en astreinte, un anesthésiste-réanimateur sur place ou en astreinte, un pédiatre présent tous les jours de l'année.
- Nombre de naissances >1500 : la présence médicale est assurée par un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste-réanimateur et un pédiatre présents tous les jours de l'année.

Les autres personnels : au moins une aide soignante ou une auxiliaire de puériculture présente en permanence. Dans le secteur d'hospitalisation, il doit y avoir au moins une sage-femme (ou un infirmier diplômé d'état pour la nuit) assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture.

Nombre lits :

- 15 (outre les places et lits servant à la gynécologie)
- 25 lits d'obstétrique (pour les établissements autonomes d'obstétrique)

Maternité niveau II :**Locaux :**

- Local permettant l'accueil des parents
- Un secteur de surveillance et de soins des enfants (comprend notamment une zone de préparation médicale avant transfert)
- Un secteur spécialement affecté à l'alimentation des nouveau-nés.

Personnel :

- Sans soins intensifs : Présence d'un pédiatre sur le site (jour) ou en astreinte (nuit) et présence d'un infirmier diplômé d'état présent en continu
- Avec soins intensifs : un pédiatre et un infirmier diplômé d'état présents en continu

Nombre de lits :

- 6 minimums
- 12 quand l'unité comporte des lits de soins intensifs.
- 4 lits exceptionnellement quand l'unité de néonatalogie est géographiquement isolée.

Maternité niveau III :**Locaux :**

- local permettant l'accueil des parents
- un secteur de surveillance et de soins des enfants (comprend notamment une zone de préparation médicale avant transfert)
- un secteur spécialement affecté à l'alimentation des nouveau-nés.

Personnel :

- Présence permanente d'un pédiatre et d'un infirmier diplômé d'état.

Nombre de lits :

- 6 lits de réanimation minimum
- 9 lits ou plus de néonatalogie dont 3 au moins affectés aux soins intensifs.

ANNEXE 8

Questionnaire destiné aux élèves sages-femmes 4^{ème} année

La pratique de la délivrance artificielle par la sage-femme

I La loi

1) La délivrance artificielle est : (Choix multiple possible)

- Autorisée à la Sage-femme, uniquement en cas d'urgence
- Autorisé à la sage-femme dans tous les cas (Sauf utérus cicatriciel)
- Interdite à la Sage-femme
- A toujours été inscrite au code de déontologie
- A été inscrite au code de déontologie avant 2006
- Est inscrite au code de déontologie depuis 2006
- N'a jamais été inscrite au code de déontologie

II Concernant votre formation à l'école de Sage-femme

2) Dans quelle ville se situe votre école ?.....

3) Au cours de vos études avez-vous bénéficié d'un enseignement concernant la DA ?

- Théorique Travaux pratiques Pas d'enseignement

⇒ Si non, savez vous s'il est prévu un enseignement a ce sujet ?

- Rien de prévu Enseignement théorique Enseignement pratique Ne sais pas

4) Au décours de vos stages combien avez-vous réalisé de DA ?

- Aucune 1 2 3 4 5 ou plus

⇒ Si oui, en quelle année d'étude ? 1 2 3 4

5) Sur vos lieux de stages qui pratique la DA ?

	<i>Les sages-femmes</i>	<i>L'interne</i>	<i>Le gynécologue obstétricien</i>	<i>L'étudiant sage-femme</i>
<i>Souvent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Parfois</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Rarement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jamais</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Je n'en ai jamais vu réalisé par qui que se soit				

7) Selon vous qui doit réaliser la DA ? *Justifiez*

La sage-femme L'interne Le gynécologue/Obstétricien L'étudiant sage-femme

Justification :.....

6) Une fois le DE obtenu, pensez vous que vous serez prêt(e) à réaliser une délivrance artificielle seul(e)?

OUI NON

III Renseignements personnels :

7) Quel est votre âge ?

Moins de 18 ans Entre 18 et 20 ans Entre 21 et 23 ans
 Entre 23 et 25 ans 26 ans et plus

8) Vous êtes : Une Femme Un Homme

Avez-vous des remarques éventuelles à formuler ? (Vous pouvez utiliser le verso du questionnaire pour vos remarques)

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

II Exercice professionnel

7) Dans quel établissement travaillez-vous ? (Nom, ville).....

8) À quel niveau appartient votre maternité ? I IIa IIb III

9) Avez-vous toujours exercé en salle de naissance ? OUI NON

⇒ Si non, depuis combien de temps exercez-vous en salle de naissance ?

Moins de 2 ans Entre 3 et 6 ans Entre 7 et 10 ans Entre 11 et 20 ans
 Entre 21 et 30 ans Entre 31 et 40 ans Plus de 41 ans

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

	<i>Vous</i>	<i>Vos collègues sages-femmes</i>	<i>L'interne</i>	<i>Le gynécologue obstétricien</i>	<i>L'étudiant sage-femme</i>
<i>Souvent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Parfois</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Rarement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jamais</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ne sait pas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Si vous ne pratiquez la DA que rarement ou jamais, pourquoi ?

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

11) Existe-t-il sur votre lieu d'exercice un protocole (ou une habitude de service) qui détermine la personne qui réalise la DA ? OUI NON

⇒ Si oui, quel est ce protocole (cette habitude) ?.....

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

12) Selon vous, qui doit pratiquer la DA ? *Justifiez*

La sage-femme L'interne Le gynécologue/Obstétricien L'étudiant sage-femme

Justification :.....
.....
.....
.....

13) Si vous ne pratiquez pas la DA, cela vous dérange t-il ? OUI NON
⇒ Pourquoi ?.....
.....
.....

III Formation

14) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation concernant la DA au cours de votre parcours professionnel ? OUI NON

⇒ Si non, êtes vous en demande d'une formation à ce sujet ? OUI NON

⇒ Si oui, comment s'est déroulée la formation ?

- Cours théoriques
- Travaux pratiques
- Au cours d'un accouchement
- Autre (*précisez*) :

IV La loi

15) La délivrance artificielle est : (choix multiple possible)

- Autorisée à la Sage-femme, uniquement en cas d'urgence
- Autorisé à la sage-femme dans tous les cas (Sauf utérus cicatriciel)
- Interdite à la Sage-femme
- A toujours été inscrite au code de déontologie
- A été inscrite au code de déontologie avant 2006
- Est inscrite au code de déontologie depuis 2006
- N'a jamais été inscrite au code de déontologie

V Civilité

16) Vous êtes : Un homme Une femme

17) Quel est votre âge ? 20 à 29 ans 30 à 39 ans
 40 à 49 ans 50 à 59 ans Plus de 60 ans

Avez-vous des remarques éventuelles à formuler ?

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 10

Programme d'enseignement théorique de la deuxième phase des études de sages-femmes.

OBSTETRIQUE

- 1.1 Pathologies obstétricales
- 1.2 Pathologies fœto-maternelles
- 1.3 Pathologies associées à la grossesse
- 1.4 Pathologies de l'accouchement
 - 1.4.1 Dystocie dynamique
 - 1.4.2 Dystocie mécanique
 - 1.4.3 Utérus cicatriciel, rupture utérine
 - 1.4.4 Hypoxie anoxie fœtale
 - 1.4.5 Techniques obstétricales
 - 1.4.6 Complications traumatiques de l'accouchement
 - 1.4.7 Complications de la délivrance
 - Rétention placentaire
 - Hémorragie de la délivrance
 - Inversion utérine
 - Délivrance artificielle, Révision utérine*
 - Traitements médicaux, chirurgicaux et radiologiques
- 1.5 Pathologies des suites de couches

ANNEXE 11

Article R.4127-304 du code de déontologie des sages-femmes

(Article en vigueur de puis août 2004)

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L. 4153-1.

Article 4 du code déontologie des sages-femmes

(Article en vigueur d'août 1991 à août 2004)

Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Depuis quelques années, la formation des sages-femmes n'a cessé d'évoluer. Désormais pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir validé l'examen classant de fin de première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1), acquérant de ce fait un statut médical. Les sages-femmes prennent alors une place de plus en plus importante en salle de naissance et ce certainement dans le but de compenser le manque de gynécologues-obstétriciens.

En parallèle de l'évolution des études, les sages-femmes ont acquis au fil des années l'élargissement de leurs compétences, parmi elles la délivrance artificielle inscrite au code de déontologie depuis 2006.

La formation initiale des sages-femmes doit donc s'adapter à toutes ces évolutions et les sages-femmes investir les nouvelles compétences qui leurs sont octroyées. Mais qu'en est-il sur le terrain et dans les écoles concernant la délivrance artificielle ?

A travers une étude réalisée auprès de 148 étudiants sages-femmes quatrième année et 91 sages-femmes exerçant en salle de naissances ce mémoire s'efforce de répondre à cette question.