



La prise en charge des présentations céphaliques en variétés postérieures par les sages-femmes

Élodie Renahy

► To cite this version:

Élodie Renahy. La prise en charge des présentations céphaliques en variétés postérieures par les sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394053

HAL Id: dumas-01394053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394053>

Submitted on 8 Nov 2016

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.

Académie de Paris
Ecole de sages-femmes Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie - Faculté de
Médecine Paris VI

Mémoire pour le Diplôme d'Etat

**LA PRISE EN CHARGE DES
PRESENTATIONS CEPHALIQUES EN
VARIETES POSTERIEURES PAR LES
SAGES-FEMMES**

RENAHY Elodie

née le 27.02.1992 à Pontault-Combault, française

Directeur de mémoire : FRANZ Caroline

Année universitaire : 2015-2016

Remerciements : à Mme Franz Caroline, pour son soutien et son aide.

à Julie et Louise, pour leur gentillesse et leurs encouragements

à mes parents, à Stéphan

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. Les varietes cephaliques posterieures	2
1.1 Définition	2
1.2 Mécanisme	2
1.3 Epidémiologie	3
1.4 Facteurs de risque	4
2. Diagnostic des VP	4
2.1 Diagnostic clinique :	4
2.2 Dépistage par ultrasons :	5
3. Conséquence des VP et accouchements en OS	6
3.1 Conséquences obstétricales :	6
3.2 Conséquences néonatales :	7
4. Methodes pour tourner les varietes posterieures en varietes anterieures	7
4.1 Rotation Manuelle	8
4.2 Postures Maternelles	10
4.3 Acupuncture	13
MATERIELS ET METHODES	14
1. Hypotheses :	14
2. Objectifs	14
3. Methodologie	14
3.1 La méthode	14
3.2 Caractéristique de la population étudiée	15
3.3 Les différents lieux d'étude	15
3.4 Les entretiens	16
3.5 Considérations éthiques	16
RESULTATS	17
1. Taux de réponses	17
2. Profil de la population	17
3. Connaissances sur les variétés occipito-postérieures	18
3.1 Conséquences d'un travail en variété postérieure et/ou d'un accouchement en variété occipito-sacrée :	18
3.2 Facteurs de risque d'un travail en VP et/ou d'un accouchement en OS	19
4. Le diagnostic de la variété de présentation	20
4.1 L'importance du diagnostic	20
4.2 Facteurs pronostics d'une VP	21
4.3 Recherche de la présentation	22
4.4 Techniques de diagnostic	23
4.5 Les difficultés à diagnostiquer la présentation	25
5. La prise en charge des variétés postérieures	26
5.1 Les postures maternelles	26
5.2 La rotation manuelle	30
5.3 L'utilisation de l'ocytocine	34
5.4 Les autres techniques employées	34
5.5 La nécessité de la prise en charge	35
6. A propos de la prise en charge	35

6.1	La base de la prise en charge	35
6.2	L'évolution de la prise en charge des VP	37
6.3	Les expériences marquantes des sages-femmes confrontées à une VP/OS..	38
DISCUSSION.....		40
1.	Les points forts de l'étude	40
1.1	La population d'étude :	40
1.2	Les lieux d'études :	40
1.3	Le choix de la maison de naissances :	41
1.4	Le qualitatif :	42
2.	Les limites et biais de l'étude	42
3.	Resume des principaux resultats	43
1 ^{ère}	hypothèse : les sages-femmes ont un défaut de connaissances de la morbidité liée aux variétés postérieures et en négligent le diagnostic	43
2 ^e	hypothèse : face à une variété postérieure, les pratiques des sages-femmes sont différentes	48
4.	Reflexions supplementaires	55
4.1	L'expectative des sages-femmes de la maison de naissances	55
4.2	La possibilité d'agir avant la salle de naissance.....	56
4.3	L'épisiotomie systématique lors d'un accouchement en OS	58
4.4	L'influence de l'analgésie péridurale (APD) sur l'augmentation des variétés postérieures et d'accouchements en OS	58
5.	Propositions.....	60
5.1	Une formation pour toutes les sages-femmes sur les variétés occipito-postérieures	60
5.2	Aborder le thème de la variété postérieure lors des cours de préparation à la naissance et à parentalité (PNP).....	61
5.3	De nouvelles études à mener	62
CONCLUSION.....		63
BIBLIOGRAPHIE :		64
ANNEXES :		68
GLOSSAIRE :.....		82

INTRODUCTION

La sage-femme a un rôle central en salle de naissances. C'est à elle que revient la prise en charge intégrale de la parturiente et du fœtus dans le contexte d'un travail et d'un accouchement physiologiques. La sage-femme doit diagnostiquer les dystocies et les prendre en charge seule ou en collaboration avec le gynécologue.

Parmi les présentations céphaliques possibles au cours du travail, la variété occipito-postérieure (VP), plus à même d'être à l'origine de dystocies et d'autres difficultés au moment du travail et de l'accouchement, est rencontrée dans environ 40% des travaux (1).

La VP peut être prise en charge par la sage-femme tout au long du travail et de l'accouchement. Cependant, elle semble poser quelques difficultés.

Tout d'abord, le diagnostic clinique de ces dernières semble ne pas être quelque chose d'aisé, que ce soit en tant qu'étudiante mais également chez les professionnels, qui émettent parfois des réserves. Outre cela, le travail et l'accouchement d'une variété postérieure entraînent une morbidité importante chez la parturiente et chez le nouveau-né, ce qui explique les inquiétudes des sages-femmes quant à la possibilité d'un accouchement en occipito-sacré (OS).

Afin d'éviter cette situation, les sages-femmes utilisent différentes techniques pour favoriser la rotation de la tête fœtale :

- les postures maternelles, notamment en décubitus latéral ou à « quatre pattes »
- l'expectative, avec comme argument « qu'une tête qui doit tourner tournera spontanément »
- la rotation manuelle, recommandée par le CnGOF (Conseil national des Gynécologues et Obstétriciens Français) afin de réduire le nombre d'extractions instrumentales (2).

Cependant, lors de nos stages, nous avons constaté qu'aucune méthode ne fait l'unanimité : certaines sages-femmes ne croient pas en la réussite de ces méthodes, ne savent pas comment les pratiquer ou craignent des conséquences néfastes en les effectuant. C'est notamment le cas concernant la rotation manuelle : crainte de provoquer des déchirures importantes, des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) ou d'avoir une influence nocive sur l'état néonatal.

Nous aborderons dans un premier temps la place de la variété occipito-postérieure en obstétrique et les différents moyens de réaliser son diagnostic. Nous verrons ensuite les conséquences d'un travail en variété postérieure et d'un accouchement en OS. Pour finir, les différentes méthodes utilisées par les sages-femmes pour permettre la rotation des VP seront décrites et analysées.

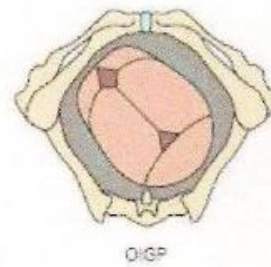
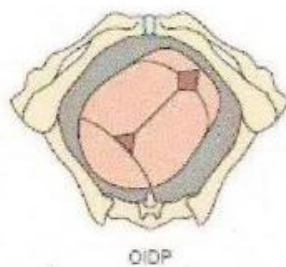
1. LES VARIETES CEPHALIQUES POSTERIEURES

1.1 Définition

Une variété céphalique postérieure est une présentation céphalique dans laquelle l'occiput est situé en regard du sinus sacro-iliaque sur l'un des deux diamètres obliques du détroit supérieur du bassin (3), (4), [Annexe I].

On peut décrire deux variétés de présentation :

- occipito-iliaque droite postérieure (OIDP)
- occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) (4)



Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. Encyclop méd chir, Gynéco obstétrique; 1998. (3)

1.2 Mécanisme

La variété postérieure nécessite de la part du fœtus une progression de la totalité de son corps tout au long du travail et du dégagement, et pas seulement de sa tête comme dans les variétés antérieures (4), (5).

L'engagement :

La flexion faite par la tête du fœtus est moins marquée dans les variétés postérieures que dans les variétés antérieures. En effet, la convexité du rachis maternel sur lequel s'appuie le dos fœtal tend à défléchir la tête de ce dernier. C'est donc l'occiput, qui prend contact en premier avec la margelle postérieure du bassin laissant dans un second temps le front rencontrer la symphyse pubienne.

Au moment de l'engagement, le fœtus présente alors un diamètre sous-occipito-frontal de 10.5 cm au lieu du diamètre sous-occipito-bregmatique de 9.5 cm lors des variétés antérieures (4), (6), [Annexe II].

Descente et rotation de la tête fœtale :

La descente est plus lente et sa rotation plus difficile lors d'un travail en VP qu'en variété antérieur. Ceci s'explique en partie par le fait que la rotation, dans la majorité des variétés postérieures, va tourner vers l'avant nécessitant une rotation de 135 degrés au lieu de 45 degrés pour les variétés antérieures. Dans les variétés antérieures, l'occiput bute contre la symphyse provoquant une flexion de la tête, ce qui en revanche n'est pas le cas dans les variétés occipito-postérieures. En effet, la flexion de la tête ne se fait que tardivement, au moment de son contact avec les muscles releveurs (6), (5).

Le dégagement :

Dans 95% des cas, le dégagement s'effectue en OP comme pour les variétés antérieures. Dans les 5% des cas restants, la présentation se dégage en OS. Le dégagement se fait alors par une flexion de la tête et non par une déflexion.

- Quand la flexion est complète : la partie antérieure du bregma pivote autour de la symphyse pubienne. Le diamètre sus-occipito-frontal (11 cm) se présente en premier.

- Quand la flexion est incomplète : la racine du nez pivote autour de la symphyse pubienne. Dans ce cas, le diamètre de présentation est l'occipito-frontal (> 12 cm) et les risques de lésions périnéales sont plus importants (4), (5).

1.3 Epidémiologie

Les différents auteurs et les études semblent se mettre d'accord sur le fait que les variétés postérieures représentent environ 40% des présentations céphaliques au niveau du détroit supérieur dont :

- 30 à 45% s'engageant en ODP

- 6% s'engageant en OIGP (7), (8)

Les accouchements en OS, quant à eux, représentent entre 2 et 5% du total de tous les accouchements (9), (10).

La majorité des variétés postérieures tournent même à dilatation complète. Il semblerait que la majorité des accouchements en OS soient une conséquence d'une persistance de variété postérieure (8).

1.4 Facteurs de risque

On constate significativement plus de présentations en variétés postérieures et d'accouchements en OS chez les nullipares que chez les multipares (de 3 à 7% des accouchements en OS chez les nullipares et de 1 à 4% chez les multipares) (10), (11), (12).

Un antécédent d'accouchement en occipito-sacré augmente significativement le risque de se présenter avec cette malposition lors d'accouchements suivants : ceci concorderait avec la notion que la forme du bassin peut être une des étiologies de la présentation en variété postérieure (13).

D'après les études américaines, l'origine géographique a une incidence ; on retrouve plus de variétés postérieures chez les afro-américaines que chez les femmes de type caucasien (12).

Le risque d'accouchement en OS semble également majoré pour les travaux induits, les travaux prolongés, et ceux pour lesquels on a eu recours à l'ocytocine (10), (11).

L'âge gestationnel, la pose d'une analgésie péridurale et le poids de naissance restent des facteurs de risque controversés (10), (11), (14).

2. DIAGNOSTIC DES VP

2.1 Diagnostic clinique :

L'observation :

La forme de l'abdomen de la femme en décubitus dorsal, peut présenter une région creuse. Cette dépression visible autour de la région ombilicale est due à la forme discontinue des pieds, jambes et bras du fœtus. La forme du ventre de la femme ne

ressemble donc pas à l'arrondi régulier et continu associé au fœtus en présentation antérieure. La tête fœtale haute et non engagée peut créer une bosse imposante (15).

Le palper obstétrical :

A la palpation, la tête est souvent haute et non engagée. Le dos fœtal est difficilement palpable et se situe au niveau du flanc maternel, généralement à droite.

Le toucher vaginal :

La recherche de la variété de présentation ne peut se faire par le toucher vaginal que si la dilatation du col est avancée (il n'y a pas de consensus mais il semblerait qu'à partir de 5 cm de dilatation, le diagnostic de présentation est possible) et qu'il n'y ait pas de poche des eaux bombante ou encore une bosse-sérosanguine importante.

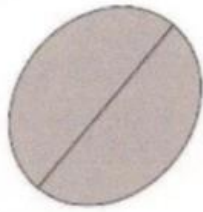
Au toucher vaginal, une grande fontanelle (bregma) palpée dans la partie antérieure du bassin confirme le diagnostic, mais celui-ci n'est pas toujours aisé à poser et va dépendre du degré de flexion de la tête fœtale. Le diagnostic est en effet plus facile lorsque la présentation est bien fléchie sans présenter d'asynclitisme important. On peut également localiser la petite fontanelle (lambda) et la direction de la suture sagittale pour affirmer le diagnostic (6).

En cas de doute, il est également possible de repérer la position des oreilles (le bord libre du pavillon de l'oreille orienté vers l'occiput). Néanmoins, cette pratique est difficile et ne peut s'effectuer qu'à une dilatation très avancée afin de « passer » la main derrière le col.

2.2 Dépistage par ultrasons :

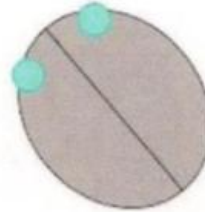
Cette méthode est souvent utilisée en salle d'accouchement avant une extraction instrumentale lorsque les conditions au moment de l'expulsion ne peuvent plus permettre de déterminer la variété de position (présentation haute, bosse séro-sanguine importante).

La mise en évidence des globes oculaires par l'échographie affirme une variété postérieure, et en cas d'absence une variété antérieure. Et de là par la localisation du dos fœtal, on peut dire si c'est une présentation droite ou gauche (3).



A

A : variété occipito-iliaque gauche antérieure,
les globes oculaires ne sont pas visibles



B

B : variété occipito-iliaque gauche postérieure,
au moins un des globes oculaires est visible



C

C : aspect échographique d'une présentation occipitosacrée avec les deux globes oculaires visibles

Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours de l'accouchement. Encyclop méd chir, Gynéco obstétrique; 1998. (3)

3. CONSEQUENCE DES VP ET ACCOUCHEMENTS EN OS

3.1 Conséquences obstétricales :

En comparaison d'un travail en variété antérieure, il est retrouvé dans les présentations en variétés postérieures une première et particulièrement une seconde phase du travail prolongée : d'environ 3h au lieu de 2h pour une variété antérieure (10), (16). Ceci pouvant s'expliquer par une augmentation des dystocies mécaniques et dynamiques dues à la position de la tête fœtale (9).

La morbidité la plus retrouvée dans les différentes études est l'augmentation significative du nombre de césariennes (10), (11), (12), (16). Ces dernières représentent environ 12% de toutes les césariennes pour dystocie (11). La césarienne est pratiquée chez 70% des nullipares et 40% des multipares présentant une variété postérieure (10), (11).

L'accouchement en OS par rapport à celui en OP présente des conséquences obstétricales importantes telles :

- une augmentation de la durée des efforts expulsifs (10), (12), (16), (17)
- une augmentation des déchirures périnéales complètes et complètes compliquées ; avec une prévalence d'environ 2 à 3% (9), (10), (11), (12)
- une augmentation significative des chorioamniotites (10), (12), (9).
- des pertes de sang excessives : environ 12% d'hémorragie de la délivrance (9), (10)
- une augmentation des extractions instrumentales : entre 40 et 70% selon les études (9), (12), (16)

3.2 Conséquences néonatales :

L'accouchement en OS présente une fréquence plus élevée de bosses séro-sanguines probablement dues à l'adaptation de la tête fœtale dans le bassin obstétrical (9) , (10), (11).

Il existe également une augmentation significative des traumatismes de naissance, des admissions en soins intensifs et du temps resté à l'hôpital (18). Est également retrouvé une augmentation des infections materno-fœtales (9).

L'adaptation à la vie extra-utérine est controversée. Certaines études trouvent un nombre augmenté de scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie (18) ; tandis que d'autres ne trouvent qu'une diminution significative de l'Apgar à 1 minute (10) (l'Apgar à 5 minutes étant le plus représentatif de l'adaptation néonatale).

4. METHODES POUR TOURNER LES VARIETES POSTERIEURES EN VARIETES ANTERIEURES

Nous aborderons seulement les méthodes pouvant être réalisées par les sages-femmes, ainsi les rotations instrumentales par ventouse ou par forceps ne seront pas décrites.

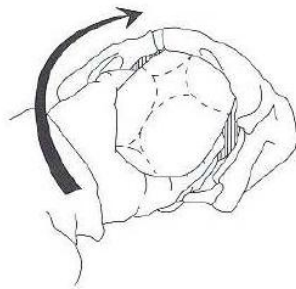
4.1 Rotation Manuelle

Techniques :

Les 2 principales techniques utilisées pour réaliser une rotation non instrumentale de la tête fœtale sont :

- La rotation manuelle décrite par Tarnier et Chantreuil (19) :

Cette manœuvre s'utilise préférentiellement au-delà de 7 cm de dilatation. La patiente est positionnée en décubitus dorsal, sur les étriers, vessie vide. On utilise la main droite pour les OIGP ou la main gauche pour les OIDP. La main droite prend appui en arrière de l'oreille fœtale droite pour les variétés gauches et la main gauche en arrière de l'oreille fœtale gauche pour les variétés droites. La manœuvre consiste à prendre appui derrière l'oreille fœtale et à imprimer un mouvement de rotation vers l'avant au moment d'une contraction et d'un effort de poussée, afin d'amener l'occiput fœtal en regard de l'arc antérieur du bassin maternel. Trois tentatives maximum peuvent être mise en place, en effet au-delà, les chances de réussite seraient nulles.



Simkin P, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley and Sons; 2011. (20)

- la rotation digitale notamment décrite par Cargill (21) :

Cette technique est peu connue mais elle se révèle efficace et également moins douloureuse pour la parturiente, notamment si cette dernière n'a pas d'analgésie. Il faut que le professionnel utilise les bouts de l'index et du majeur d'une de ses mains. Les doigts palpent alors les sutures lambdoïdes localisées à l'arrière de l'os pariétal à sa jonction avec la petite fontanelle. Utilisant sa main et son avant-bras dans un mouvement de rotation, le professionnel exerce une pression vers le haut pour amener la petite fontanelle vers la symphyse pubienne.



Simkin P, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley and Sons; 2011. (20)

- Deux techniques de rotation manuelle expliquée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (21) :

Technique n°1 :

1. La main entière est placée dans le vagin avec la paume vers le haut.
2. La tête du fœtus est fléchie et légèrement délogée.
3. L'occiput est tourné en avant par pronation ou supination de l'avant-bras.
4. La tête fœtale peut avoir besoin d'être maintenue en place pendant quelques contractions.

Technique n ° 2 :

1. Les doigts peuvent être placés le long des sutures lambdoïdes.
2. En utilisant une légère pression et un mouvement de rotation, la tête fœtale peut être amenée vers une position antérieure.
3. La tête fœtale peut avoir besoin d'être maintenue en place pendant quelques contractions.

Efficacité :

La réussite de la rotation manuelle s'élève à 90% (22), (23), (24).

Plusieurs facteurs augmentent la réussite de cette manœuvre : sa pratique à dilatation complète, chez une multipare ou chez une femme âgée de moins de 35 ans (22), (25).

L'échec de la rotation manuelle entraîne une augmentation significative du nombre de césariennes (22), (25), tandis que son succès diminuerait ce nombre (2% de césariennes en cas de succès, contre 34% de césariennes en cas d'échec) (22).

Concernant les accouchements voie basse, une étude a montré que l'échec de la rotation manuelle entraînait systématiquement un accouchement en OS, tandis que sa réussite induisait un accouchement en OP. (22)

Conséquences de la rotation manuelle

Sur le plan obstétrical :

Par rapport à une attitude expectative, la rotation manuelle entraîne :

- une diminution de la 2^e phase du travail (26)
- une diminution du nombre de césarienne
- une diminution des extractions instrumentales (environ 23% des accouchements par rapport à 39% avec une attitude expectative) (26), (27)
- une diminution des déchirures périnéales sévères (27)
- une diminution des hémorragies du post-partum (27)
- une diminution des chorioamniotites (23), (26), (27)

Cependant cette manœuvre augmente le risque de déchirures cervicales : en effet ce risque est multiplié par 2 par rapport à l'expectative (26), (27) ; cette technique doit ainsi être réalisée de façon très rigoureuse, en étant sûr de ses appuis et sans être brusque.

Sur le plan fœtal :

Les données restent controversées ; on retrouve cependant une augmentation des apparitions ou aggravations d'anomalies du RCF (Rythme Cardiaque Fœtal) (24), (27).

Néanmoins cette augmentation n'aurait pas de répercussion sur l'état néonatal, trouvant des scores d'Apgar et des pH au cordon similaires entre la réalisation d'une rotation manuelle et une attitude expectative (24).

4.2 Postures Maternelles

Méthodes :

La mobilisation du bassin pendant le travail va optimiser l'accommodation foeto-pelvienne en améliorant la concordance entre l'axe du détroit supérieur et la poussée utérine. Il s'agit d'un mouvement de nutation et de contre-nutation des articulations sacro-iliaques, articulations les plus mobiles du bassin, modifiant les dimensions du bassin.

Pendant le travail :

La méthode De Gasquet : (28), (29)

- elle propose une posture à 4 pattes qui permet de soulager la compression de l'articulation sacro-iliaque et ainsi de rendre la douleur plus tolérable. Cette posture favorise la rotation par la pesanteur qui entraîne le dos vers l'avant et aide ainsi le travail de l'utérus



Position à « 4 pattes »

Gasquet B de. Trouver sa position d'accouchement. Paris, France: Marabout; 2009. (30)

- si ce n'est pas réalisable : elle propose une posture en décubitus latéral par hyperflexion de la cuisse supérieure, ce qui permet une bascule du bassin, libérant le sacrum et créant une asymétrie améliorant les problèmes d'asynclitisme et aidant à l'engagement.



Décubitus latéral appui sur l'étrier

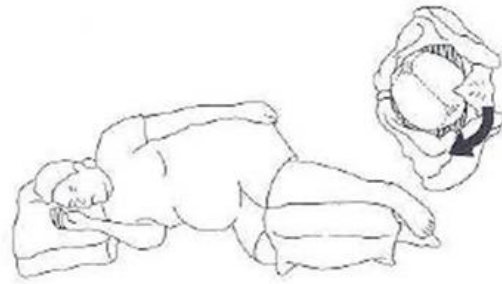


Décubitus latéral appui sur coussin

Gasquet B de. Bien-être et maternité. Paris: Albin Michel; 2009. (29)

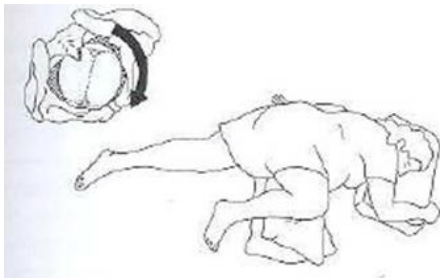
Simkin Penny, une kinésithérapeute spécialisée dans les mécanismes du travail, propose également différentes postures maternelles lors de dystocies et notamment pour favoriser la rotation de la tête fœtale en variété antérieure : (20)

- «Pure side-lying» : la femme est en position latérale appuyée sur le côté.



Simkin P, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley and Sons; 2011. (20)

- «Semiprone ou exaggerated Sim's position» : la femme est en position latérale, la jambe supérieure repliée bien au-dessus de la jambe inférieure, appui sur la poitrine qui est orientée vers l'avant.



Simkin P, Ancheta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley and Sons; 2011. (20)

Toutes ces postures ont des points communs : elles utilisent la gravité (le ventre penché en avant), mettent le fœtus dans le bon axe en supprimant la lordose et agrandissent le détroit supérieur pour faciliter l'engagement.

Résultats des études

Malgré les justifications mécaniques de l'utilisation des postures maternelles, les différentes études à ce sujet n'ont pas montré de différences significatives sur la rotation des VP grâce aux postures maternelles (31), (32), (33).

4.3 Acupuncture

L'acupuncture a de nombreuses fonctions en obstétrique et est notamment utilisée afin de réduire les dorsalgies et nausées, de permettre au fœtus en siège de se retourner (version), afin de faciliter la maturation du col ou encore de diminuer les douleurs des contractions. Cette pratique est réalisable par une sage-femme ayant obtenu un diplôme universitaire d'acupuncture.

Deux sages-femmes ont ainsi décidé de mettre en place un protocole et d'effectuer une étude prospective contrôlée randomisée pour savoir si l'acupuncture aurait une conséquence sur la rotation des variétés postérieures. L'étude a retrouvé 4 accouchements en OS dans le groupe acupuncture contre 2 dans le groupe témoin. Cette étude réalisée sur de petits effectifs montrait donc que l'acupuncture ne semble n'être d'aucune aide à la rotation de la tête fœtale (34).

La prévalence importante des travaux et accouchements en variétés postérieures ainsi que leurs morbidités associées sont des éléments majeurs à prendre en compte. Il est important que les sages-femmes connaissent ces risques afin de les limiter. Pour ce faire, il est donc essentiel que cette présentation soit diagnostiquée et prise en charge afin de la tourner en variété antérieure en fin de travail. Or, lors de nos différents stages nous avons pu constater des pratiques différentes : ainsi certaines sages-femmes recherchaient systématiquement la variété de présentation tandis que d'autres préféraient attendre. Les prises en charge étaient également diverses : postures maternelles, rotation manuelle, expectative.

Nous avons voulu connaître les pratiques des sages-femmes vis à vis des VP et sommes partis de la problématique suivante : quelles sont les connaissances et les prises en charge des sages-femmes face aux variétés postérieures ?

MATERIELS ET METHODES

1. HYPOTHESES :

Pour répondre à notre problématique nous avons envisagé les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Les sages-femmes ont un défaut de connaissances de la morbidité liée aux variétés postérieures et en négligent le diagnostic

Hypothèse 2 : Lors d'une confrontation à une présentation occipito-postérieure, leurs pratiques sont différentes

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de définir les différentes techniques utilisées par les sages-femmes pour diagnostiquer et prendre en charge les variétés occipito-postérieures.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence leurs connaissances sur les variétés postérieures, d'analyser leurs techniques préférées et les raisons de leur choix, en comparant ces données avec celles de la littérature.

3. METHODOLOGIE

3.1 La méthode

Nous avons effectué une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-directifs d'une durée de 15 à 20 minutes. L'enquête s'est déroulée dans trois maternités (Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Centre hospitalier de Marne-la-Vallée, Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon) et une maison de naissances (CALM), entre septembre 2015 et janvier 2016.

3.2 Caractéristique de la population étudiée

Notre population d'étude répondait aux critères suivant :

Critères d'inclusion :

- Sages-femmes possédant un diplôme français et en activité
- Sages-femmes effectuant plus de six mois par an des gardes en salles de naissance

Critères d'exclusion :

- Sages-femmes à diplôme étranger
- Sages-femmes jeunes diplômées de moins d'un an

3.3 Les différents lieux d'étude

Les établissements où l'enquête a été réalisée ont été choisis principalement en fonction de notre présence en stage dans ces différents lieux et de leur localisation (Est de Paris et Est de l'Ile-de-France).

Pour être le plus représentatif possible, une maternité de chaque type existant en France a été sélectionnée, soit des maternités de type 1, 2 et 3, et une maison de naissances.

Nos 4 lieux d'études choisis ont été :

- Le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (département 94) : maternité de type 3, 3511 accouchements en 2015
- Le Centre hospitalier de Marne-la-Vallée à Jossigny (département 77) : maternité de type 2B, 3625 accouchements en 2015
- Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon (Paris 12^e) : maternité de type 1, 2252 accouchements en 2015
- Maison de naissances des Bluets « CALM » (Paris 12^e), 123 accouchements en 2015

3.4 Les entretiens

L'étude a été mise en place sous forme d'entretiens semi-directifs proposés aux sages-femmes des différentes maternités concernées par l'étude. La durée de l'entretien était fixée entre 15 et 20 minutes, délai estimé suffisant pour poser les questions, proposer des ouvertures et laisser venir des réflexions.

Nous avons tablé sur un nombre d'environ 12 entretiens ce qui correspond au critère d'arrêt afin d'arriver à saturation selon Suristat. Cela représente donc trois entretiens par établissements. Nous nous étions laissés la possibilité de faire plus d'entretiens si nous n'étions pas arrivés à saturation.

Un questionnaire et une trame de recueil nous ont permis de nous aider pour la conduite de l'entretien, ils étaient séparés en grands thèmes : [Annexe III], [Annexe IV].

- Les connaissances sur les variétés postérieures et le diagnostic
- La prise en charge des variétés postérieures
- La description des méthodes de rotation
- Les formations reçues et évolution au cours de la carrière
- Le profil de la personne interrogée

3.5 Considérations éthiques

Pour réaliser notre enquête, nous avons demandé l'accord par mails ou directement sur place aux sages femmes cadres supérieures des établissements de santé. Les modalités de l'entretien ont été transmises aux différentes sages-femmes par les sages-femmes cadres supérieures et affichées au sein des maternités. La participation aux entretiens s'est faite sur la base du volontariat. Nous avons assuré l'ensemble des entretiens, qui étaient, avec l'accord de la sage-femme, enregistrés à l'aide d'un magnétophone.

RESULTATS

1. TAUX DE REPONSES

Quatorze entretiens ont été réalisés pour arriver à saturation.

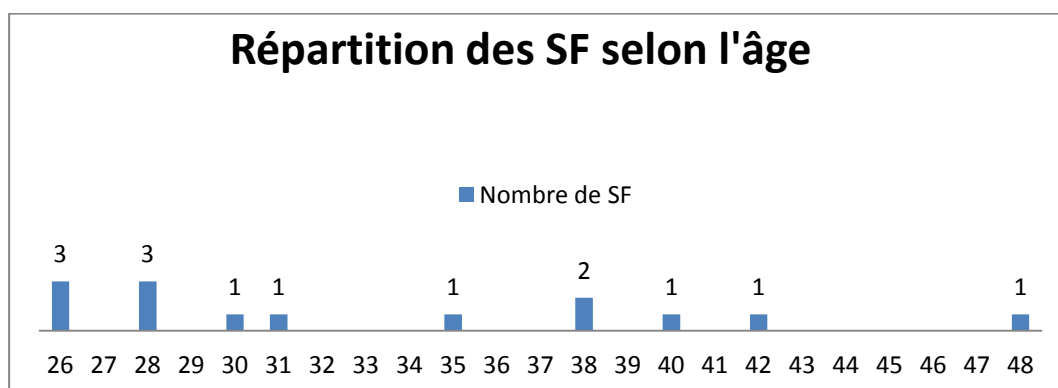
Ces derniers se répartissent de la façon suivante : trois sages-femmes ont répondu à l'entretien au CHIC, quatre au CH de Marne-la-Vallée, quatre au GH des Diaconesses et trois à la maison de naissances (CALM). Les sages-femmes étaient toutes volontaires et d'accord pour que leurs récits soient utilisés dans le cadre d'un mémoire. Les sages-femmes ont été anonymisées et seront nommées selon leur appartenance à un établissement et leur âge. Ainsi les sages-femmes du CHIC seront appelés SFC1, SFC2, SFC3; les sages-femmes du CH de Jossigny SFJ1, SFJ2, SFJ3, SFJ4 ; les sages-femmes du GH des Diaconesses SFD1, SFD2, SFD3, SFD4 ; et enfin les sages-femmes de la maison de naissances SFM1, SFM2, SFM3.

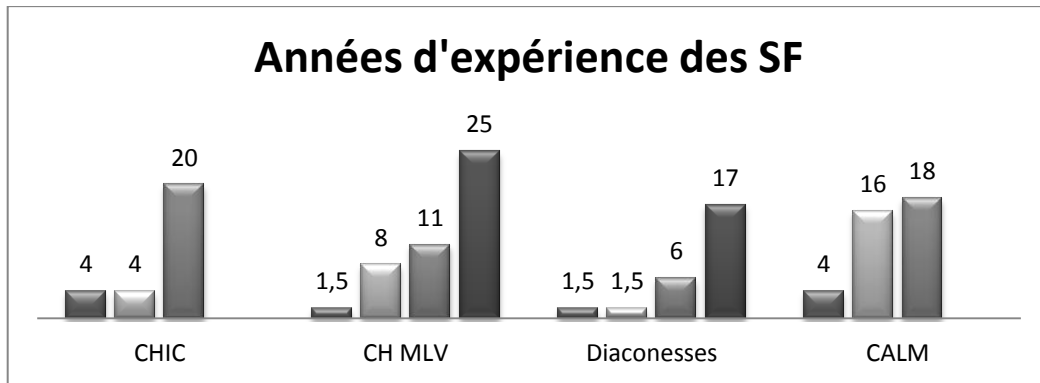
Les entretiens ont duré entre 15 et 25 minutes.

2. PROFIL DE LA POPULATION

Les sages-femmes interrogées étaient toutes des femmes. Leur âge variait entre 26 ans et 48 ans, avec une moyenne d'âge de 33 ans environ et une médiane d'environ 30,5 ans. Ainsi six sages-femmes ont moins de 30 ans, cinq sages-femmes ont entre 30 et 39 ans et trois sages-femmes ont 40 ans et plus.

Dans chaque établissement nous avons au moins une sage-femme de plus de 15 ans d'expérience et une sage-femme de moins de cinq ans d'expérience.





Toutes les sages-femmes interrogées ont débuté leur activité professionnelle dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme, et ont exercé et exercent actuellement principalement en salle de naissances.

3. CONNAISSANCES SUR LES VARIETES OCCIPITO-POSTERIEURES

3.1 Conséquences d'un travail en variété postérieure et/ou d'un accouchement en variété occipito-sacrée :

Nous avons interrogé les sages-femmes sur les conséquences d'un travail en variété postérieure et sur les conséquences d'un accouchement en OS. Elles ont donné entre deux et cinq réponses.

Les conséquences les plus citées ont été :

Pendant le travail :

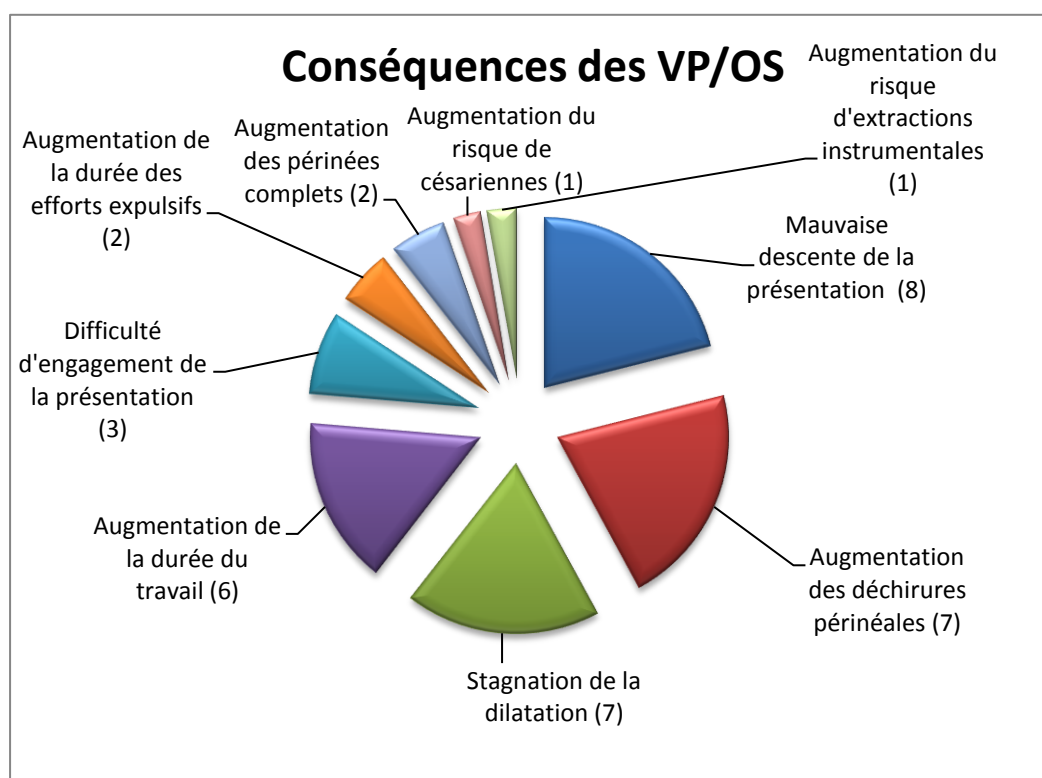
- une mauvaise descente de la présentation, exposée par huit sages-femmes.
« *Si c'est une variété postérieure, il y a un plus grand diamètre, donc la tête s'engage plus difficilement. Il va mettre plus de temps à descendre.* » SFD3.
- la stagnation de la dilatation citée par sept sages-femmes.
« *Une variété postérieure pour le coup sollicite moins le col et donc il y a une moins bonne dilatation.* » SFC2.
- l'augmentation de la durée du travail évoquée par six sages-femmes.
« *Un travail en VP c'est plus long, parce que ces variétés appliquent moins bien.* » SFD4.

Au moment de l'accouchement

- une augmentation des déchirures périnéales citée par huit sages-femmes.

« Pendant l'accouchement, je vois qu'il y a plus de déchirures, plus de stagnation, plus de difficulté à descendre dans le bassin et donc plus de risque de césarienne. » SFJ1.

Les différents résultats sont mentionnés dans le diagramme en secteur ci-dessous ; le chiffre entre parenthèses représente le nombre de fois où la réponse a été citée.



3.2 Facteurs de risque d'un travail en VP et/ou d'un accouchement en OS

Nous avons demandé aux sages-femmes si celles-ci connaissaient des facteurs de risque liés à la variété postérieure de la tête fœtale. Cinq sages-femmes (SFC2, SFD1, SFD2, SFM2, SFJ3) ont dit ne pas connaître de facteur de risque.

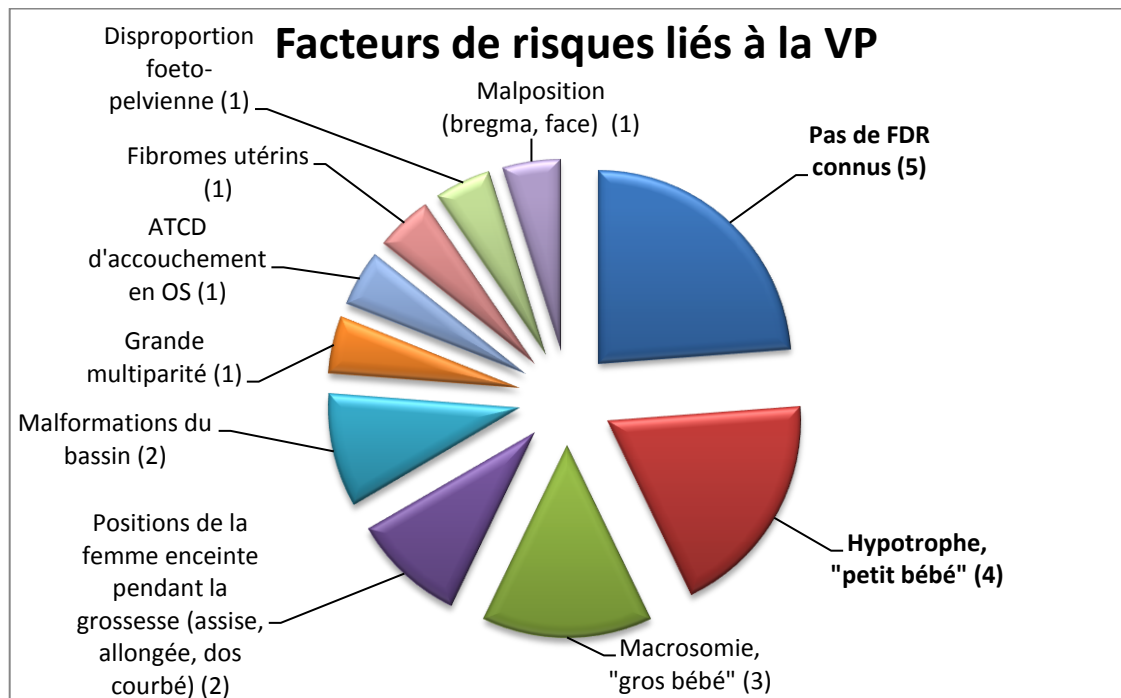
Par contre, deux facteurs de risque ont particulièrement été cités et concernent le poids du fœtus : l'hypotrophie (cité quatre fois) et la macrosomie (cité 3 fois).

« Les gros bébés se mettent souvent en droite postérieure » SFD4 ;

« Je pense que les trop gros ou trop petits bébés ont tendance parfois à se mettre en postérieur, parce qu'ils n'ont pas la place de se mettre autrement ou bien trop de place et qu'ils n'arrivent à descendre que dans cette position » SFM1

« Les petits bébés se positionnent souvent très mal ; soit ils se positionnent très bien et ça va très vite, soit c'est long et on peut se dire : c'est un petit bébé, c'est long alors c'est une postérieure ou une présentation mal fléchie, mais ça va souvent de paire. » SFM2

D'autres facteurs de risque ont été évoqués et sont regroupés dans le diagramme suivant :



4. LE DIAGNOSTIC DE LA VARIETE DE PRESENTATION

4.1 L'importance du diagnostic

Seules sept sages-femmes ont évoqué un véritable intérêt au diagnostic de la présentation :

- il pourrait ainsi donner une étiologie à une stagnation d'après cinq sages-femmes (SFD2, SFD3, SFJ1, SFJ2, SFC3).

« Je pense que c'est important de la diagnostiquer quand ça stagne. Quand ça stagne, c'est bien d'avoir une explication. » SFD2.

« Si j'ai un bébé qui reste haut ou que j'ai une dilatation qui stagne là effectivement je vais chercher la présentation. » SFJ3

« Je vais chercher la variété seulement si ça n'avance pas, pour trouver une cause à la stagnation. » SFC3.

- il servirait à choisir une posture adaptée (SFC1, SFD4)

« Ça me permet de savoir un peu comment je vais positionner la dame pendant le travail. » SFC1.

« J'essaye de diagnostiquer la variété le plus rapidement possible parce qu'elle va m'aider à posturer la patiente. » SFD4.

- il donnerait un pronostic sur l'accouchement :

« C'est important de faire le diagnostic pour le pronostic de l'accouchement. » SFD3.

4.2 Facteurs pronostics d'une VP

Avant d'en faire le diagnostic, nous avons voulu savoir si les SF connaissaient des éléments qui pourraient les orienter sur la variété de présentation.

Deux sages-femmes ne connaissaient pas de facteurs pronostics (SFJ1 et SFJ3).

Les autres sages-femmes ont en général donné plusieurs éléments pronostics, cinq d'entre-elles ont donné trois éléments ou plus.

Les principaux éléments évoqués ont été :

- les douleurs lombaires (citées par neuf sages-femmes) :

« Les femmes ressentent en général très tôt des contractions dans les reins. » SFM2.

« Les contractions dans les reins sont décrites très tôt » SFM1.

« La femme ressent des douleurs lombaires, sacrées importantes. » SFJ3.

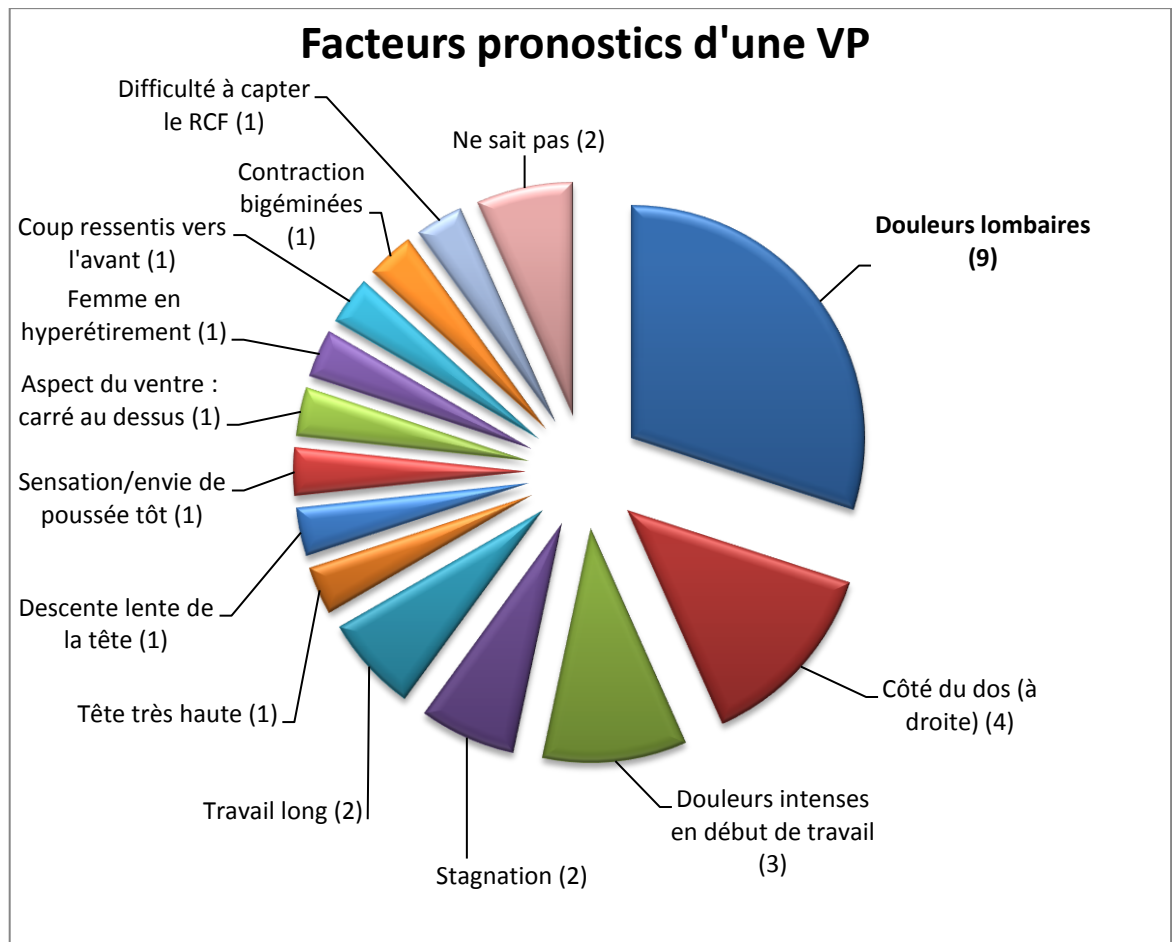
- le côté du dos notamment le dos à droite (cité par quatre sages-femmes).

« Lorsque le dos du bébé est à droite, c'est souvent une postérieure » SFD1.

- les douleurs intenses en début de travail (cité par trois sages-femmes).

« Elles ont très mal au tout début du travail et surtout dans le dos. » SFD3.

Beaucoup d'éléments n'ont été cités qu'une seule fois. Le diagramme ci-dessous résume les différentes réponses données :



4.3 Recherche de la présentation

Il nous a semblé intéressant de connaître le moment du diagnostic de la présentation.

Ainsi cinq SF diagnostiquent systématiquement les VP mais à des moments différents :

- dès que possible (SFD2)

« *Moi je cherche systématiquement la variété quand je peux. Souvent vers 5 cm. »*

- lors de la 2^e phase du travail (SFD3)

- dès 4-5 cm (SFJ1)

- vers 6-7 cm (SFC1)

- vers 8 cm (SFC2)

« *Si la dilatation est harmonieuse, je ne vais pas forcément me poser la question tout de suite, plutôt vers 8 cm ou complète ».*

Six sages-femmes recherchent la présentation dès qu'il y a une stagnation de la dilatation ou de la progression du mobile fœtal (SFD1, SFD4, SFJ2, SFJ3, SFJ4 et SFC3).

« Si la dilatation avance, je ne vais pas forcément aller chercher l'orientation, par contre dès que j'ai une stagnation ou un bébé qui ne descend pas très bien en fin de travail je vais trouver ça important de chercher la présentation » SFJ2.

« Dès que ça n'avance pas je me lance dans cette recherche, sinon je laisse tomber. » SFD1.

Les trois sages-femmes du CALM pensent qu'il n'y a pas de véritable intérêt de chercher la présentation.

« Si le travail avance bien, qu'on a la sensation que c'est une postérieure par l'observation et par ce que la femme nous dit de ses sensations, on ne va pas forcément aller diagnostiquer ou faire plus. » SFM3

« Quand ça avance bien, il ne faut pas chercher la variété. » SFM2.

« En fait on n'examine pas forcément. Les femmes nous décrivent des sensations de contractions dans les reins donc on en déduit qu'il est en variété postérieure » SFM1.

4.4 Techniques de diagnostic

Nous nous sommes ensuite intéressés à la façon dont les sages-femmes font le diagnostic. La quasi-totalité des sages-femmes le font grâce au toucher vaginal (TV), en recherchant les sutures et les fontanelles.

« En général, je vais chercher la suture médiane puis le lambda le plus facile. Si je ne le trouve pas, je vais chercher le bregma » SFC2.

« Je cherche la fontanelle du lambda pour savoir si c'est un OP ou pas. Si je ne la trouve pas je cherche le bregma » SFD2.

Seules deux sages-femmes du CALM (SFM1 et SFM3) ne les diagnostiquent pas ainsi mais :

- soit par une main positionnée sur le sacrum. Ce dernier aurait une inclinaison différente selon la variété

« Si tu poses une main sur le sacrum : parfois tu sens une différence d'orientation du sacrum si c'est une VP ou VA. Tu le sens en lutte. » SFM3

- soit par la simple observation, par rapport à des facteurs pronostics tels que les contractions ressenties dans les lombaires, les douleurs importantes en début de travail et la sensation de vouloir pousser alors que la présentation est encore haute (SFM1).

Cinq sages-femmes utilisent également le palper utérin en recherchant le plan du dos. *« Dès l'admission, par l'observation et la palpation, je sais déjà comment il se place ».* SFD4

« Je commence par palper l'utérus pour trouver le côté du dos, ça me permet de m'orienter ensuite pendant mon TV. » SFJ4

En cas de doute sur le diagnostic, sept sages-femmes vont aller « chercher les oreilles » pour confirmer ou infirmer la variété.

« Si c'est vraiment la bosse séro-sanguine qui me gêne, je vais aller chercher les oreilles » SFJ4

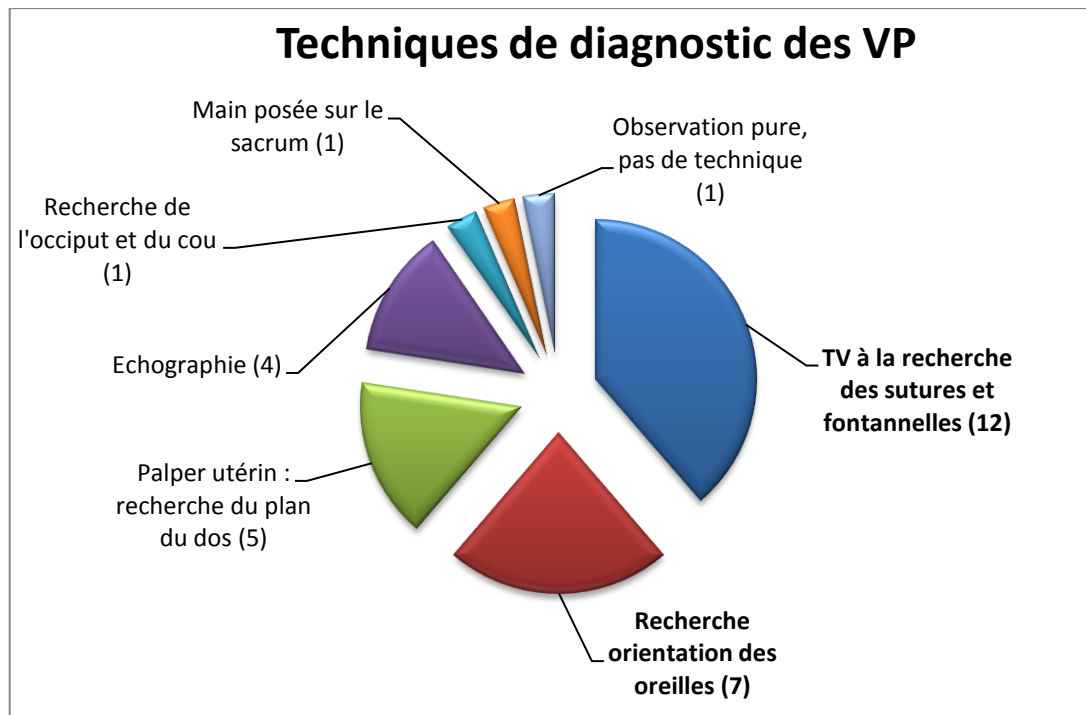
« Quand elle est à complète et que je n'arrive pas à trouver les fontanelles, je vais chercher les oreilles, même si ce n'est pas évident ». SFD2

Une sage-femme nous explique qu'elle va également chercher l'occiput et le cou *« Quand je ne suis pas sûre qu'il soit en OP, je remonte ma main et je sens que j'arrive sur l'occiput et sur le cou en fait. »* SFD2

Enfin, si le diagnostic est difficile, 4 sages-femmes (SFC1, SFC2, SFD1, SFD2) utilisent l'échographie. Elles ont toutes précisé qu'elles utilisent rarement cette technique.

« Si j'ai un doute, je peux parfois utiliser l'échographie, mais ça ne m'arrive pas souvent. » SFC2.

« Je fais un toucher vaginal et après je fais une écho si je ne suis pas sûre de mon coup, et même si je suis sûre de moi j'aime bien faire une écho pour me rassurer. » SFD3



4.5 Les difficultés à diagnostiquer la présentation

A propos des difficultés rencontrées quant au diagnostic, les sages-femmes ont répondu :

- ne rencontrer aucune difficulté (SFD4, SFC3)
- être souvent certaine de leur diagnostic (SFJ1)
- être quasiment toujours certaine (SFC2)
- n'être pas toujours certaine (SFC1)

Six sages-femmes rencontrent des difficultés liées à la présence d'une bosse séro-sanguine, souvent rencontrée lors de VP et qui complique la recherche des sutures.

« Si t'as une bosse sérosanguine énorme, tu ne sens rien ! » SFJ4.

« Quand il y a une grosse bosse car le travail a mis du temps, le diagnostic est plus compliqué. » SFC1.

5. LA PRISE EN CHARGE DES VARIETES POSTERIEURES

5.1 Les postures maternelles

Nombre de sages-femmes utilisant les postures

Pour tourner les VP, toutes les sages-femmes pratiquent les postures maternelles hormis les 3 sages-femmes de la maison de naissances.

Cinq sages-femmes (SFC1, SFC2, SFD1, SFD4, SFJ3) précisent également qu'elles posturent toutes les femmes, quelque soit la variété de présentation.

« Spontanément, je positionne les parturientes en position gauche ou droite hyperfléchie. » SFC1.

« De toute façon, moi de base, quand j'ai une dame en travail, c'est rare qu'elle passe plus d'une heure dans la même position. » SFD1.

Les sages-femmes de la maison de naissances expliquent que les femmes prennent d'elles-mêmes des postures adaptées :

« Il n'y a que la femme qui ressent ce qui se passe à l'intérieur avec son bébé, comment il se positionne et ce qui la soulage le mieux. » SFM2.

« En général, la patiente va se faire confiance et se mettre d'elle-même dans la position qui lui convient le mieux à elle et à son bébé » SFM1.

Le moment adéquat à l'utilisation des postures

La grande majorité des sages-femmes (huit) utilisent en 1^{ère} intention les positions maternelles lorsqu'elles prennent en charge une variété postérieure.

« Dès que je diagnostique la VP, je change la femme de position. » SFJ3.

« Dès que je vois que ça n'avance pas, je vais positionner tout de suite la femme. » SFJ1.

Deux sages-femmes mettent d'abord du Syntocinon® puis positionne.

« Si c'est une postérieure et qu'elle n'a pas de Syntocinon®, je vais en mettre. » SFJ4.

« Moi je mets un peu de Syntocinon®, s'il n'y en avait pas, pour essayer de les faire tourner. Après je fais les positions. » SFC3.

Une sage-femme quant à elle associe toujours les positions à l'ocytocine.

« Pendant le travail, je vais essayer de positionner les femmes et mettre un peu de Syntocinon® si ce n'est pas fait ». SFJ2.

Les différentes positions utilisées pour tourner les variétés postérieures

Les SF de la maison de naissances précisent qu'elles ne pratiquent pas les postures, car les femmes se mettent elle-même dans la position la plus adaptée.

Les différentes postures utilisées sont :

Le décubitus latéral hyperfléchi (aussi cité sous le nom de position à la strasbourgeoise, à l'anglaise, sur le côté en hyperflexion) proposé par 11 sages-femmes (toutes les sages-femmes hospitalières). Cette position a été évoquée en premier lieu par les sages-femmes.

- Quatre sages-femmes (SFC1, SFD4, SFJ1, SFJ3) positionnent les femmes selon le côté du dos fœtal : en décubitus latéral gauche si le dos est à gauche.

« Si la tête est en gauche postérieure, je positionne la femme en gauche hyperfléchie. » SFC1.

« Je mets [la femme] sur le côté gauche si c'est une variété postérieure gauche. » SFJ3.

- Deux sages-femmes (SFD3, SFJ4) ne pensent pas que le côté du dos ait une importance et posturent les parturientes du côté où elles se sentent le plus à l'aise.

Le « quatre pattes » évoqué par neuf sages-femmes

« Le quatre pattes c'est vraiment ce qui marche le mieux pour les OS » SFD1.

« A quatre pattes, ça marche vachement bien ! » SFD2.

Une sage-femme (SFJ3) précise que la position est « à genou, penchée en avant sur le ballon »

Une autre sage-femme (SFJ1) explique que la parturiente doit être « fesses en arrière et dos cambré »

La position gynécologique (aussi citée sous le nom de décubitus dorsal jambes hyperfléchies, décubitus dorsal en hyperflexion sur la barre) est proposée par 2 sages-femmes (SFC1 et SFD1)

SFC1 précise que la position doit se faire avec les « jambes en chasse-neige »

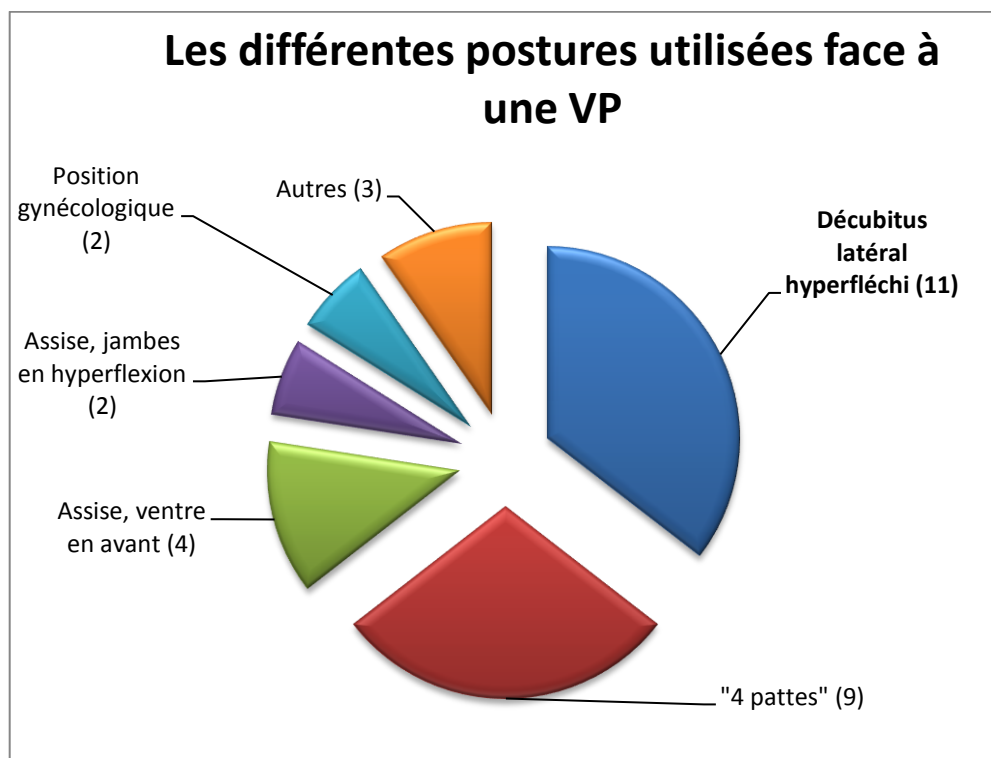
La position assise soit :

- Avec les jambes en hyperflexion (SFD4, SFJ1)
- Avec le ventre en avant proposé par 4 sages-femmes (SFC2, SFJ2, SFJ3, SFC3)

SFD4 propose une position « en étirement ».

SFC2 essaye les positions en suspension : « La suspension, on place la barre et on essaye de mettre les patientes au nord de la table avec le bas cassé pour qu'elles soient semi-accroupie et qu'elles aient le haut du corps tendu. »

SFJ4 propose également 2 autres positions : « Un pied sur le marchepied avec genou à l'intérieur (pour vriller le bassin) » et la position « grenouille »



Les motivations des sages-femmes à posturer

Nous avons voulu connaître les raisons pour lesquelles les sages-femmes utilisaient les positions maternelles, et en particulier pourquoi la plupart d'entre elles l'utilisaient en première intention.

Seules sept sages-femmes ont répondu à cette question :

Une sage-femme (SFC2) explique simplement qu'elle voit des résultats lorsqu'elle positionne les parturientes : « *ça marche ! J'ai observé des résultats* »

Deux d'entre elles (SFC1, SFD4) ont évoqué le fait que les postures sont physiologiques.

« *[Les postures] c'est physiologique. Moins j'interviens et mieux c'est !* » SFD4.

« *Pour moi les positions c'est plus physiologique, on essaye de l'accompagner, ça semble plus logique. Les positions c'est plutôt un accompagnement.* » SFC1

Deux sages-femmes (SFC1, SFD3) ont expliqué que les postures rendent les patientes actives pendant le travail.

« *Positionner les femmes ça les rend actrices et ça c'est important aussi.* » SFD3.

Quatre sages-femmes (SFC1, SFD1, SFD2, SFJ1) ont donné des explications plus mécaniques sur les postures : les positions créent des appuis différents sur la tête et donc l'aident à tourner, les positions permettent d'ouvrir le bassin et de faire fléchir la tête, plus le bassin se mobilise, plus la tête va s'engager dans un diamètre dans lequel elle ne se serait pas engagée au début.

« *A quatre pattes, on a la gravité du dos qui va faire tourner le bébé, le bassin se mobilise et du coup il y a une dynamique ! C'est comme sur le côté : le bassin s'ouvre plus et le bébé va être forcé de s'engager dans un diamètre dans lequel il ne se serait peut être pas engagé au début.* » SFD2

Cependant une sage-femme (SFD3) a évoqué des doutes sur le fait que les postures permettent réellement de tourner les variétés postérieures.

Les difficultés rencontrées à posturer

Seules 2 sages-femmes (SFC1, SFC2) ont parlé des difficultés à pratiquer les postures maternelles. Elles ont toutes deux évoqué la difficulté de mobilisation du fait de la présence d'une anesthésie péridurale.

« *Je n'utilise pas directement le quatre pattes car ça demande une logistique un peu plus importante de les mettre à quatre pattes quand elles ont la péridurale* » SFC1.

Une d'entre elle a également expliqué la difficulté à capter le rythme cardiaque fœtal dans certaines positions.

« Des fois les postures ce n'est pas facile [...] on n'est contraint, là où je travaille, à garder le monitoring, la perfusion, l'appareil à tension etc. et c'est compliqué. » SFC2.

5.2 La rotation manuelle

Nombre de sages-femmes la pratiquant

Hormis les sages-femmes de la maison de naissance, les sages-femmes de l'étude pratiquent toute la rotation manuelle.

Le moment de l'utilisation de la rotation manuelle

Aucune sage-femme ne pratique la rotation manuelle en première intention. Certaines précisent l'utiliser :

- quand les postures n'ont pas fonctionné (SFD2, SFD3, SFD4, SFJ3)
- rarement (SFC1) voire très rarement (SFD1)
- en dernière intention (SFC2, SFJ1)

« J'utilise la rotation manuelle quand tout le reste n'a pas marché, quand je n'ai pas réussi à faire autrement. C'est vraiment rare. » SFD1.

« Je le fais rarement, parce que souvent il tourne tout seul. » SFC2.

« C'est justement parce que les positions fonctionnent souvent que je ne fais pas de rotation manuelle et que je ne me sens pas à l'aise, donc je n'ai pas beaucoup l'occasion de les utiliser. » SFC1.

Les sages-femmes ont également précisé à quelle dilatation du col elles tentaient la rotation manuelle :

- A partir de 8 cm pour six sages-femmes.

« Quand on a besoin de faire [une rotation manuelle] c'est forcément à 8 cm de dilatation minimum, sinon la tête à tout le temps de se retourner dans un autre sens. » SFC1.

« Moi, avant 8cm, je ne peux pas le faire. » SFJ3.

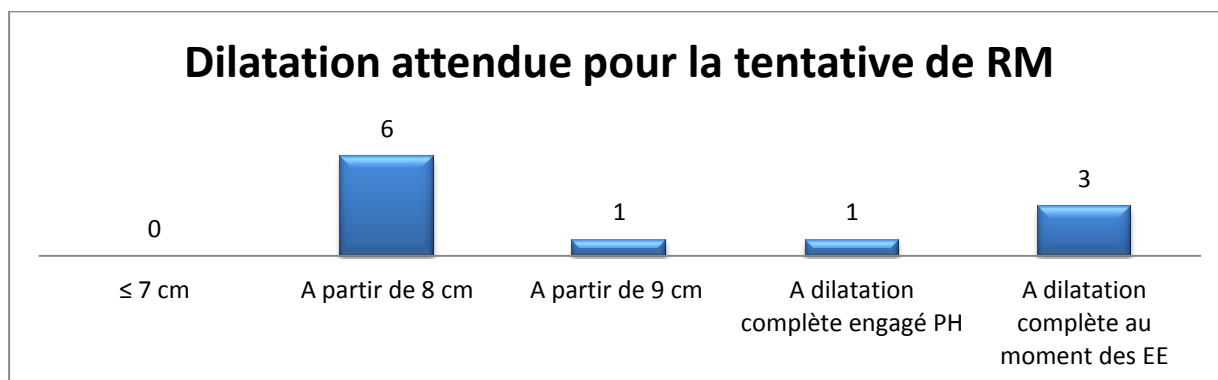
- A partir de 9 cm (SFD2)

- A dilatation complète, la tête engagée partie haute (SFJ4)
 - A dilatation complète au moment des efforts expulsifs (SFD3, SFJ1, SFJ2)
- « Je fais une rotation manuelle à la fin, je ne le fais jamais avant, je le fais quand je m'installe. » SFJ1.

« Quand la femme est à dilatation complète ou quand on s'installe pour les efforts expulsifs [...] je vais essayer de la tourner. » SFJ2

Aucune sage-femme ne pratique la rotation manuelle avant 8 cm de dilatation.

La dilatation attendue pour effectuée la rotation est résumée dans le diagramme suivant :



Les différentes techniques utilisées par les sages-femmes

Nous avons ensuite demandé à chaque sage-femme d'expliquer sa méthode de rotation manuelle. Aucune sage-femme n'a donné de nom à la technique qu'elle utilise.

Les différentes méthodes utilisées sont la rotation :

- « à deux doigts » : dix sages-femmes l'utilisent.

« Je mets deux 2 doigts sur le bregma et mon pouce au niveau du lambda pour essayer de le faire tourner. » SFJ1.

« Avec 2 doigts, au moment où elle pousse, j'essaye de ramener l'occiput vers la symphyse, en essayant de donner une bonne impulsion. » SFD3.

« Je vais sur le lambda avec 2 doigts et je pousse le lambda sur la droite ou sur la gauche. » SFD2.

« J'essaye de crocheter les oreilles, à 3 doigts, je crochète l'oreille que je trouve et j'essaye de la tourner en fonction d'où se trouve dos, dans un sens ou dans l'autre. » SFJ2

- « avec la main » : cinq sages-femmes l'utilisent. SFC2 explique qu'elle « prend les os pariétaux ». SFD4 et SFD2 disent utiliser cette technique que très rarement.

Enfin quatre sages-femmes (SFD1, SFD2, SFD4, SFJ3) utilisent les 2 techniques
« *Je remonte la main et je tiens derrière l'oreille, au niveau de l'occiput. Et du coup je guide, en tournant avec deux doigts. Et des fois quand les dames sont bien soulagées j'ai déjà mis la main, j'attrape le crâne.* » SFJ3

Quatre sages-femmes (SFC1, SFC2, SFD3, SFJ1) nous ont également précisé appeler le médecin en cas de difficulté ou en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, elles ont toutes 30 ans ou moins.

« *J'appelle un médecin si je n'arrive pas à la faire ou si j'aimerais bien la faire mais qu'il y a des anomalies du rythme.* » SFC1.

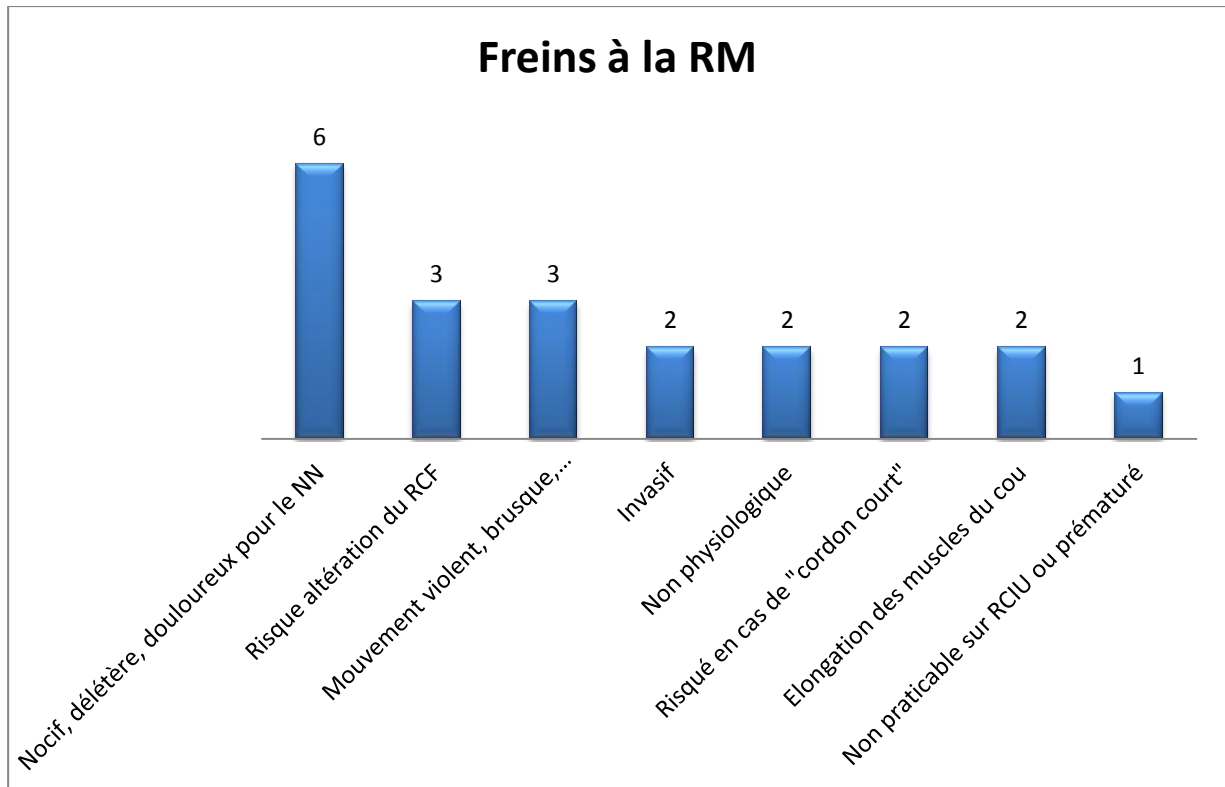
« *Je tourne une VP s'il y a un médecin pas loin. Car il y a souvent de bonnes bradycardies quand on n'y arrive pas.* » SFD3.

Les freins et motivations à la pratique de la RM

Les freins

Nous nous sommes intéressés aux obstacles qui retiennent les sages-femmes à pratiquer la rotation manuelle en première intention.

Les principaux freins ont été regroupés dans le diagramme ci-dessous.



Afin d'éclairer ce propos, il nous a semblé judicieux de citer quelques phrases concernant la pratique de la rotation manuelle :

« Je pratique de moins en moins la rotation manuelle. Je pense que c'est nocif ! »

SFD1

« Je trouve ça barbare ! »

« C'est invasif, cela ne fonctionne qu'une fois sur deux ! C'est plus physiologique de laisser le bébé dans le sens où il est ! »

« La RM c'est un peu violent, une méthode plus forte. Je pense que la RM peut être douloureuse pour le bébé. De plus, au niveau des muscles du cou, ça peut favoriser les élongations. »

« Je trouve que c'est un mouvement assez brusque pour un petit bébé en plein travail, je pense que ça peut avoir des conséquences. »

SFC1

SFC2

« A partir du moment où on intervient sur le crâne du bébé c'est délétère ! Ce n'est plus physiologique. » SFM3

Les motivations :

Seules deux sages-femmes nous expliqué pourquoi elles utilisaient la rotation manuelle :

« J'utilise la rotation manuelle quand tout le reste n'a pas fonctionné. » SFD1.

« La rotation manuelle peut permettre d'éviter une césarienne pour non engagement. » SFD2.

5.3 L'utilisation de l'ocytocine

Nous n'avions pas de question relative à l'utilisation de l'ocytocine. Cependant spontanément, plusieurs sages-femmes l'ont citée comme « technique » pour tourner les variétés postérieures.

Ainsi trois sages-femmes l'utilisent systématiquement, dont deux en première intention. *« Moi je mets un peu de Syntocinon®, s'il n'y en avait pas, pour essayer de les faire tourner. Après je fais les postions. » SFC3.*

« Si je vois que ça n'avance pas, je vais mettre du Syntocinon® et je vais essayer de la positionner tout de suite. » SFJ1.

L'une d'elle précise qu'elle ne l'utilise pas en cas d'hypercinésie

Quatre sages-femmes précisent l'utiliser seulement en cas de stagnation de la dilatation. *« Je fais attention à ma dynamique [...] cependant, je ne vais pas mettre du Syntocinon® systématiquement parce que c'est une postérieure. » SFD4*

5.4 Les autres techniques employées

D'autres méthodes sont utilisées pour prendre en charge les variétés postérieures. Deux sages-femmes du CALM nous ont expliqué quelques techniques :

SFM2 explique qu'être dans la décontraction, prendre un bain, se relâcher, se détendre peut permettre au fœtus en variété postérieure de tourner en antérieure.

SFM3 a expliqué qu'une fois elle a réussi à « débloquer » une variété postérieure en faisant un toucher rectal, ce qui a permis à la tête de se mettre en antérieur. *« Je me*

souviens également d'une patiente dans le bain à qui on a été obligé de faire un TR pour débloquer une postérieure. »

5.5 La nécessité de la prise en charge

Nous avons pu voir les différentes techniques utilisées par les sages-femmes lorsqu'elles étaient confrontées à une variété postérieure. Cependant un certain nombre d'entre elles restent septiques quant à la nécessité d'une prise en charge. Nous avons regroupé quelques dires des sages-femmes à ce sujet :

« J'ai appris à ne plus intervenir. » SFM1.

« Lorsque c'est une variété postérieure, en fait, je ne fais rien [rires] », « Je laisse faire ! » SFM2.

« Je ne cherche pas à être interventionniste. Je suis interventionniste quand la nature ne fait pas ce qu'il faut. La variété postérieure peut être physiologique. » SFD4.

« Ca m'a toujours fait peur de trop intervenir » SFM3.

« Ce n'est pas peut être pas pour rien que le bébé s'est mis comme ça, si ça se trouve il va trouver son chemin comme ça » SFJ4.

6. A PROPOS DE LA PRISE EN CHARGE

6.1 La base de la prise en charge

Nous avons voulu savoir d'où provenaient les connaissances des sages-femmes sur les variétés postérieures et où elles avaient appris la prise en charge qu'elles mettent en œuvre actuellement. Nous leur avons également demandé si elles avaient fait des formations qui auraient pu leur servir dans leur prise en charge.

Nous avons regroupé leurs réponses en trois grandes parties :

- la formation initiale : cinq sages-femmes ont répondu que l'école faisait partie de la base de leur prise en charge. Les sages-femmes ont principalement appris à l'école de sages-femmes ce qui était de l'ordre de la physiologie et du diagnostic. Deux d'entre elles y ont également appris plusieurs positions.

Cependant trois sages-femmes ont semblé mécontentes de leur enseignement : deux d'entre elles (SFD2, SFJ2) ont précisé que les cours ne leur avaient rien appris sur la prise en charge des variétés postérieures.

« Ce n'est pas grâce aux cours ! Qu'est-ce qu'on apprend sur les OS à part les lambda et bregma ? » SFD2.

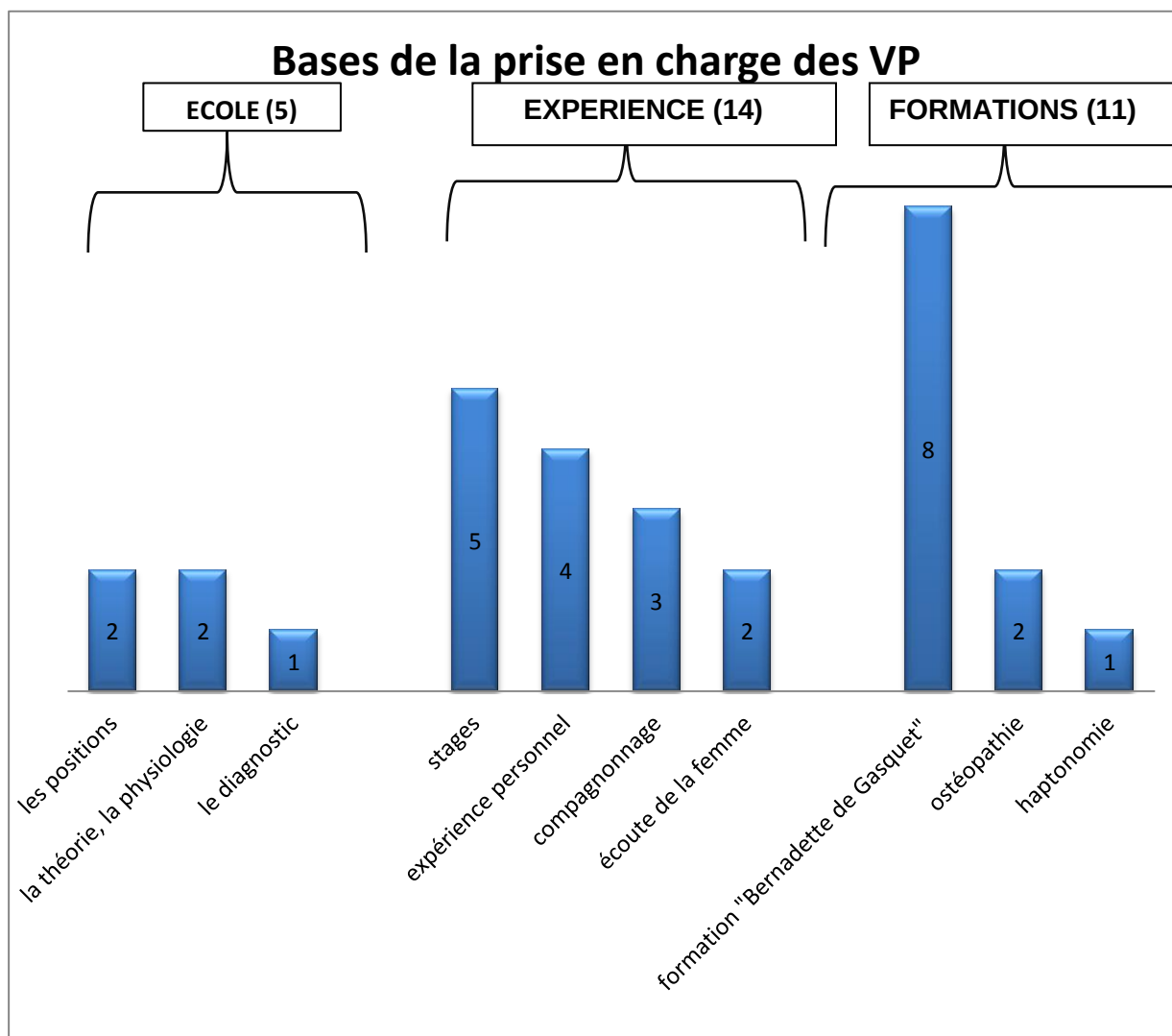
SFD3 nous a dit que l'école apprenait à « être interventionniste » dans le mauvais sens du terme. *« A l'école j'ai appris à diriger, à être interventionniste, à mettre du synto. On devait faire du travail dirigé. »*

- L'expérience : nous avons regroupé sous le terme « expérience » tout ce qui avait pu être appris sur le terrain. Ainsi les stages au cours des études ont été d'une grande aide pour 5 sages-femmes, l'expérience personnelle a été citée par quatre sages-femmes, le compagnonnage a aidé à la prise en charge pour trois sages-femmes, et l'écoute de la femme, l'observation sont devenues essentielles pour deux sages-femmes (SFD4, SFM3).
- Les formations continues : huit sages-femmes ont participé à la formation « Bernadette de Gasquet », en précisant que cela les avait aidées à prendre en charge les variétés postérieures, à connaître de nouvelles positions et leurs importances et surtout revoir et comprendre la physiologie des variétés de présentation. Toutes les sages-femmes de Créteil ont pu participer à cette formation.

« Pendant la formation Bernadette De Gasquet on aborde vraiment le thème des variétés postérieures et comment les faire tourner grâce aux positions. Tout ce qui est les positons en avant, c'était expliqué de façon précise. » SFJ3.

Deux sages-femmes ont fait des formations en ostéopathie : une sage-femme du CALM (SFM3) qui est ostéopathe et une sage-femme des Diaconesses (SFD4) qui a notamment appris l'importance de l'étirement des lombaires dans les variétés postérieures.

Une sage-femme du CALM (SFM1) a fait une formation en haptonomie et précise qu'il est possible de faire tourner des variétés postérieures grâce à cette dernière. *« Avec l'haptonomie, tu travailles sur le déplacement du bébé donc s'il y a la possibilité, tu peux faire un accompagnement en haptonomie pour aider les bébés à tourner, on peut faire travailler les papas en positionnant les mains avec la femme à 4 pattes et le papa qui pose les mains sur le ventre de la femme et qui invite le bébé à se positionner dans la main. »*



6.2 L'évolution de la prise en charge des VP

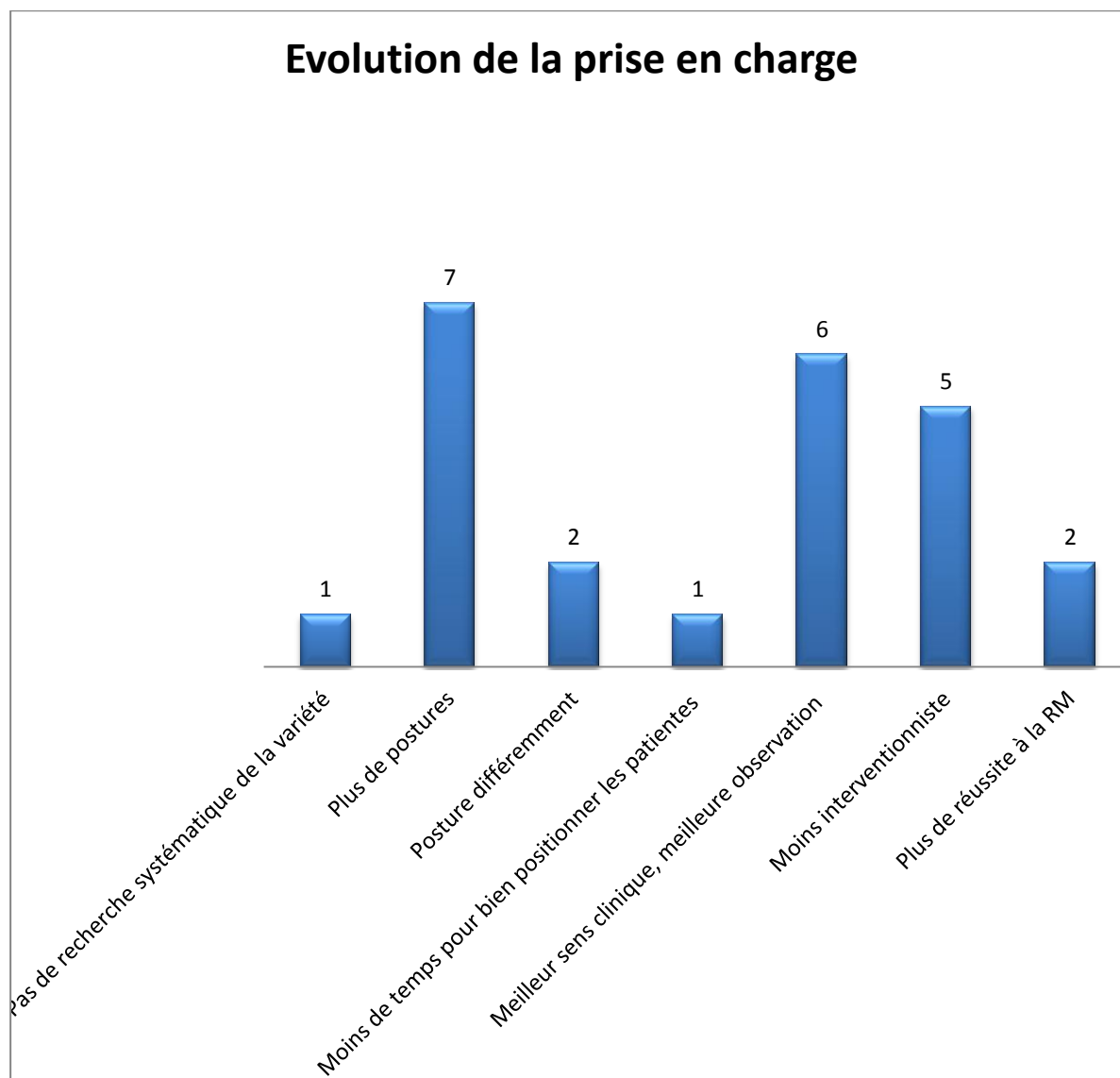
Nous avons également voulu savoir s'il y avait eu une évolution dans leur prise en charge des variétés postérieures.

On peut noter que la moitié des sages-femmes effectuent plus de postures qu'auparavant. Les sages-femmes ont également acquis un meilleur sens clinique, sont plus attentives à l'observation de leur patiente qu'avant et sont par ailleurs moins interventionnistes ; c'est le cas notamment des sages-femmes de la maison de naissances et de trois sages-femmes des Diaconesses (SFD1, SFD2, SFD4).

« J'ai appris à être à l'écoute des femmes et surtout beaucoup plus patiente. »
SFD1.

« Je suis beaucoup plus patiente et tolérante, je suis moins stressée. Avant je voulais absolument que la tête tourne alors que maintenant je vais me laisser plus de temps. » SFD2.

Une sage-femme (SFJ2) déplore le manque de temps désormais pour positionner les patientes, à cause d'une activité trop importante.



6.3 Les expériences marquantes des sages-femmes confrontées à une VP/OS

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient eu des expériences marquantes positives ou négatives face à une variété postérieure. Parmi celles-ci plusieurs ont particulièrement retenu notre attention :

Les sages-femmes SFC2, SFD3, SFD4 nous ont raconté avoir été surprises par une OS non diagnostiquée.

SFJ1 et SFJ3 ont été attristées de voir des traces de spatules importantes sur la tête du nouveau-né après la mauvaise pose de spatules sur une OS non diagnostiquée.

« Sur des forceps, lorsque l'OS n'a pas été diagnostiquée, le médecin n'a pas changé le sens d'insertion des cuillers ou des forceps et du coup il y a des bébés qui « se tapent » des soucis sur le visage. » SFJ3.

SFD1, SFM1 et SFJ4 ont également dit avoir eu des périnées complets sur des OS non diagnostiquées.

« Le seul périnée complet que j'ai eu c'était une OS non diagnostiquée. » SFD1.

« Le médecin n'avait pas diagnostiqué l'OS, on a fait des spatules avec un périnée complet car les spatules ont mal été posées. » SFM1.

SFC2 nous a expliqué avoir pratiqué une épisiotomie sur une OS sur un patiente sans analgésie péridurale car c'était un protocole de service. Cependant, elle ne pensait pas que cette épisiotomie était nécessaire.

Enfin SFM3 nous a confié avoir accouché trois fois en OS. *« J'ai eu trois enfants sur quatre qui sont sortis en OS. Le seul qui n'est pas sorti en OS, il est sorti avec un pain de sucre « comme ça ». J'ai une malformation du bassin vraisemblablement. »*

DISCUSSION

1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée de façon optimale : nous avons recueilli un nombre d'entretiens satisfaisant pour faire ressortir les points forts de notre sujet. Nous espérions un minimum de 12 entretiens, nous en avons réalisé 14 avant d'arriver à saturation dans nos résultats.

Les entretiens se sont correctement passés : le temps des entretiens a été respecté (entre 15 et 25 minutes par entretien), les réponses données étaient claires et précises.

1.1 La population d'étude :

Nous avons été confrontés à des sages-femmes très coopérantes : contactées par mail ou directement sur place lors de nos stages, elles ont accepté facilement de répondre à notre enquête.

Les sages-femmes interrogées avaient des profils variés, elles avaient entre 26 et 48 ans et une expérience en salle de naissances allant d'un an et demi à 25 ans.

Afin de diminuer le biais d'apprentissage, les sages-femmes interrogées avaient toutes effectuées leurs études en France ; les cours magistraux, bien que différents d'une école à une autre, respectent un même programme.

Nous avons choisi d'interroger des sages-femmes effectuant à l'heure actuelle plus de 6 mois par an de gardes en salle de naissances et qui donc ont toutes les chances d'avoir été confrontées à des variétés postérieures. Cela nous permet de faire un état des lieux actualisé pour mettre en évidence la réalité du terrain par des sages-femmes confrontées à la prise en charge de nombreux accouchements.

1.2 Les lieux d'études :

Afin d'être le plus représentatif du paysage actuel français en terme de structure de naissance, nous avons choisi une maternité dans chaque type 1, 2 et 3 mais

également une maison de naissance. Ces lieux ont le mérite d'avoir des pratiques différentes, des protocoles divers et des moyens variés. Les maternités de type I et les maisons de naissances sont souvent associées à des prises en charge plus « physiologiques » n'accueillant pas ou très peu de grossesses pathologiques, tandis que les maternités de type II et III rencontrent une activité importante (3625 et 3511 accouchements en 2015 au CH de Marne-la-Vallée et au CH de Créteil respectivement) avec souvent des prises en charge plus médicalisées. Cependant, chacune de ces structures est confrontée aux présentations en variétés postérieures. Le choix de ces établissements nous a semblé très intéressant pour pouvoir faire un état des lieux global et représentatif de ce qui se fait actuellement en salle de naissances.

Nous avons obtenu l'accord des cadres supérieurs de service des différents lieux de stage, l'accueil a été favorable de leur part, ces derniers se disant intéressés par le sujet.

1.3 Le choix de la maison de naissances :

Il nous a semblé pertinent d'inclure dans nos lieux une maison de naissances, notamment avec le nouveau décret de juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des salles de naissances, et la place que ces structures vont occuper dans les prochaines années. (Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance). Depuis le début de l'année, neuf maisons de naissances ont ouvert leurs portes à titre expérimental. Le CALM en fait partie et a été officialisé comme maison de naissances depuis le 1er avril 2016 : les accouchements ont désormais lieu dans la structure, et plus en plateau technique. Même si pour l'instant peu de sages-femmes exercent dans ce type d'établissement, il est en développement et le nombre de structures pourrait s'accroître. Notre choix d'entretiens en maison de naissance s'est appuyé sur le fait que les pratiques sont différentes de celles des maternités « classiques », ainsi, les touchers vaginaux ne sont pas systématiques, il n'y a pas d'analgésie péridurale, ce qui change la prise en charge des patientes..

Les entretiens au sein de la maison de naissances ont été très enrichissants ; de nombreuses réflexions notamment autour de l'expectative et du respect de la physiologie ont été abordées.

1.4 Le qualitatif :

Le choix d'une étude qualitative s'est fait car :

- les descriptions des méthodes diagnostiques et de prises en charge ont pu être expliquées de façon exhaustive
- les réponses étaient plus riches, plus nuancées
- nous avons posé des questions ouvertes, ce qui a limité l'influence des choix de réponses.
- nous avons pu reformuler nos questions, faire des relances en fonction des lieux ou des sages-femmes
- les sages-femmes ont pu partager avec nous leurs expériences et leurs connaissances
- les sages-femmes ont pu exposer des réflexions supplémentaires, des propositions qui n'étaient pas forcément abordées dans la trame d'entretien
- le qualitatif a permis de prendre en compte la singularité de chaque sage-femme en analysant le langage gestuel, les attitudes et les temps de pauses.

2. LES LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Le choix du qualitatif a eu de nombreux avantages mais également un principal inconvénient : la population d'étude n'est pas représentative de toutes les sages-femmes exerçant en salle de naissances, du fait du faible effectif. Nous avons essayé de minimiser ce biais au maximum en choisissant des sages-femmes travaillant dans des structures différentes avec des expériences plus ou moins longues. Notre petit échantillon ne permet pas d'extrapoler nos résultats à toutes les sages-femmes exerçant en France. Une enquête quantitative en parallèle aurait pu nous apporter d'autres éléments notamment des pourcentages significatifs qui argumenteraient nos hypothèses.

Nous avons sélectionné des sages-femmes exerçant dans tous les types de structure possibles à l'exception des cliniques privées; les pratiques étant là aussi différentes, nous aurions peut-être obtenu des réponses plus variées.

Concernant notre population, les sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience étaient plus nombreuses, ce qui a peut être eu une influence sur nos résultats.

Enfin pour des raisons pratiques, nous avons composé avec un biais de sélection : les maternités n'ont pas été tirées au sort mais choisies en fonction de leur type et de leur accès (Est de Paris et Est de l'Île-de-France), les sages-femmes n'ont pas non plus été choisies au hasard mais se sont portées volontaires.

3. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis deux hypothèses. Nous allons tenter de les confirmer ou de les infirmer.

1^{ère} hypothèse : les sages-femmes ont un défaut de connaissances de la morbidité liée aux variétés postérieures et en négligent le diagnostic

Connaissances des conséquences liées aux variétés occipito-postérieures

Connaître les risques des variétés postérieures permet de mieux appréhender le travail et l'accouchement. Une sage-femme connaissant les conséquences potentielles liées à une VP aura une prise en charge plus adaptée, essayant de limiter la morbidité.

Lors de nos entretiens, nous avons été surpris par le manque de connaissances des professionnelles à ce sujet.

Une sage-femme ne reconnaît aucune morbidité à la variété postérieure : « *Si ça descend bien, si le travail progresse bien, il n'y a pas de risque particulier au travail et à l'accouchement en OS.* » SFC1.

Certaines conséquences ont bien été intégrées par les sages-femmes, notamment les déchirures importantes (comportant les périnées complets), la mauvaise progression de la descente fœtale, la stagnation de la dilatation et l'augmentation de la durée du travail. Ces conséquences ont été au moins citées six fois. Ces réponses sont en accord avec les revues médicales (10), (12), (16), (17).

Cependant, la principale conséquence liée à une variété postérieure est l'augmentation du risque de césarienne (9), (10), or seule une sage-femme nous en a parlée.

De même, les différentes études ont montré une augmentation significative de la durée des efforts expulsifs et des extractions instrumentales. Cependant, cela n'a été évoqué qu'une seule fois dans nos entretiens. De plus, aucune sage-femme n'a

mentionné de conséquence sur le nouveau-né alors qu'il est retrouvé une augmentation significative des traumatismes de naissance et des infections materno-fœtales (8), (17).

Les sages-femmes ont donc une importante méconnaissance de la morbidité qu'entraînent les variétés postérieures. En sous-estimant les conséquences, les professionnelles risquent d'avoir par la suite un défaut de diagnostic et de prise en charge.

Connaissances des facteurs de risques de variétés postérieures

Connaître les facteurs de risque va permettre aux sages-femmes d'adapter leur prise en charge dès la lecture du dossier ou dès le début du travail.

Un point important à souligner est que lors de nos entretiens cinq sages-femmes ne connaissaient aucun facteur de risque.

Les principaux éléments cités par les sages-femmes ont été en rapport avec l'estimation du poids du fœtus, à savoir la suspicion d'hypotrophie ou de macrosomie. Cependant, les différentes études montrent des controverses à ce sujet (9), (10), (13). Ainsi, ce facteur de risque pourtant mentionné par la majorité des sages-femmes n'est pas significatif.

D'autres facteurs cités telles que les malformations du bassin et la présence de fibromes utérins évoqués par deux sages-femmes ont été confirmés par les données de la littérature.

Les sages-femmes nous ont également donné d'autres facteurs de risque contredisant les données des différentes études : une sage-femme nous a expliqué que la grande multiparité était un facteur de risque de variété postérieure. Or, les études ont tendance à montrer que ce sont, au contraire, les nullipares qui sont les plus à risque (9), (10), (11).

Certains facteurs de risque importants ne sont pas connus par les sages-femmes. Ainsi l'utilisation d'ocytocine est retrouvée dans les études comme augmentant le nombre de variété postérieure (9), (10). Or, sept sages-femmes l'utilisent comme méthode permettant de retourner les variétés postérieures. Cette méconnaissance entraîne donc des comportements incohérents.

Les sages-femmes interrogées ne connaissent que très peu de facteurs de risque reconnus par la littérature. Elles ont même de fausses représentations, citant des facteurs qui ne sont pas à risque et en ignorant d'autres.

Connaissances des facteurs pronostics d'une variété postérieure

Nous avons voulu savoir sur quels éléments les sages-femmes suspectaient une présentation postérieure pendant le travail et ce, avant confirmation par toucher vaginal.

Les professionnelles interrogées connaissent de nombreux éléments pronostics.

On peut remarquer qu'elles sont attentives aux dires des patientes et à leur comportement. Ainsi parmi les principaux critères cités par les sages-femmes on retrouve :

- les douleurs lombaires - douleurs dans « les reins », dans le bas du dos - citées par neuf sages-femmes. Cette douleur s'explique par la position de la tête contre le sacrum et le dos fœtal contre le dos maternel. Bernadette De Gasquet, explique que la position du fœtus en variété postérieure crée une violente douleur dans le bas du dos au niveau des fossettes sacro-iliaque. On parle aussi d'«accouchement par les reins » (29).

- les douleurs intenses en début de travail, beaucoup plus fortes que lors d'un travail avec une variété antérieure citées par trois sages-femmes. Bernadette de Gasquet tente de donner une explication à ce phénomène : les douleurs ressenties sont en fait des douleurs névralgiques (et non pas musculaires) dues à la compression d'un filet nerveux dans l'articulation sacro-iliaque (29).

- l'envie de pousser très tôt, bien avant que la présentation soit engagée, évoquée par deux sages-femmes. Ceci peut s'expliquer par l'appui de l'occiput de la tête fœtale contre le rectum à travers la paroi postérieure du vagin.

La palpation de l'utérus permet également à quatre sages-femmes de suspecter la variété de présentation : ainsi le dos fœtal à droite serait pour ces dernières un facteur pronostic. Dans les données de la littérature, on retrouve en effet 30 à 45% de fœtus s'engageant en OIDP contre seulement 3 à 5% en OIDA (35). Le dos à droite peut donc être considéré comme élément pouvant faire suspecter une VP.

Une sage-femme a remarqué qu'il y avait souvent des contractions bigéminées lorsque le fœtus était en variété postérieure. Ceci est en effet souvent remarqué en pratique, sans explication véritable. Schaal remarque que les « contractions utérines sont irrégulières dans leur fréquence et leur intensité, l'activité utérine est inadéquate » (36).

D'autres éléments incitent les sages-femmes à rechercher une variété postérieure : une stagnation de la dilatation, le défaut de progression de la dilatation et le travail long. Ce sont des conséquences des dystocies mécaniques engendrées par les variétés postérieures (engagement d'un diamètre plus grand et donc un travail plus difficile et plus long).

Les sages-femmes connaissent de nombreux éléments pronostics de la variété postérieure. Certaines sages-femmes recherchent alors plus rapidement la présentation.

La recherche de la variété de la présentation

Seules cinq sages-femmes cherchent systématiquement la variété de présentation. Certaines dès que possible :

« Moi je cherche systématiquement la variété quand je peux. Souvent vers 5 cm. » SFD2.

« J'essaye de diagnostiquer la variété le plus rapidement possible. » SFD4.

Tandis que d'autres attendent une dilatation du col utérin plus avancée :

« Je vais me poser la question plus tôt si je suis face à une stagnation mais si le travail évolue bien, si la dilatation est harmonieuse, je ne vais pas forcément me poser la question toute de suite, plutôt vers 8 cm ou complète ». SFC2

En fait, la plupart des sages-femmes ne diagnostiquent la variété qu'en cas de stagnation, afin de donner une étiologie à cette dernière. Elles ne pensent pas que le diagnostic soit important tant que le travail avance. Ainsi, si le travail est harmonieux, leur prise en charge sera vraisemblablement la même que ce soit une variété antérieure ou postérieure.

« Dès que ça n'avance pas je me lance dans cette recherche, sinon je laisse tomber. » SFD1.

« Si le travail évolue normalement, moi je ne cherche jamais ! Je ne cherche jamais à l'avance. En gros, je commence à chercher quand ça « merdouille », quand ça traîne. » SFJ4.

« Dans la pratique courante, quand j'ai une dilatation qui avance bien, c'est vrai que je ne vérifie pas toujours la présentation. Après si j'ai un bébé qui reste haut ou que j'ai une dilatation qui stagne là effectivement je vais chercher. » SFJ3.

Les sages-femmes de la maison de naissances expliquent qu'elles ne recherchent pas à diagnostiquer la présentation. Elles dépistent la variété postérieure par la simple observation de la patiente.

« Si on a la sensation que c'est une postérieure par l'observation et par ce que la femme nous dit de ses sensations, on ne va pas forcément aller diagnostiquer ou faire plus. » SFM2.

« En fait je n'examine pas forcément. Les femmes nous décrivent des sensations de contractions dans les reins donc on en déduit qu'il est en variété postérieure [...] Je pars de l'observation clinique, sans examen, sans TV. » SFM1.

« Si le travail avance bien, qu'on a la sensation que c'est une postérieure par l'observation et par ce que la femme nous dit de ses sensations, on ne va pas forcément aller diagnostiquer ou faire plus. » SFM3.

De plus, certaines sages-femmes expliquent qu'elles ne feront aucune prise en charge spécifique si c'est une variété postérieure.

« Quand ça avance bien, il ne faut pas chercher la variété. », « Lorsque c'est une variété postérieure : en fait je ne fais rien [rires] » SFM2.

« Je laisse descendre et en général tout se passe très bien. Soit ils se tournent spontanément à un moment pendant le travail, soit l'accouchement est en OS et se passe bien. » SFM1.

Les sages-femmes ne diagnostiquent donc pas toutes systématiquement la variété de présentation. La recherche systématique est principalement faite par les sages-femmes jeunes diplômées. Cependant, ce n'est pas forcément par crainte des conséquences, mais plus pour orienter leur prise en charge :

« Je fais le diagnostic de manière systématique : ça me permet de savoir un peu comment je vais positionner la dame pendant le travail. » SFC1.

« J'essaye de diagnostiquer la variété le plus rapidement possible parce qu'elle va m'aider à posturer la patiente. » SFD4.

Les sages-femmes recherchent en général la présentation pour éliminer une autre cause de stagnation. Quant aux sages-femmes du CALM celles-ci ne trouvent que très peu d'intérêt à faire le diagnostic.

Notre première hypothèse est validée. Les sages-femmes n'ont pas des connaissances exhaustives sur les facteurs de risques et les conséquences des travaux et accouchements en variété postérieure. Nous avons également constaté que la plupart des sages-femmes ne recherchent pas systématiquement la présentation. Même si le lien de cause directe n'est pas prouvé, il est très fortement probable que la méconnaissance

et la minimisation des risques n'incitent pas les sages-femmes à dépister les variétés postérieures.

2^e hypothèse : face à une variété postérieure, les pratiques des sages-femmes sont différentes

Les différentes techniques de diagnostic utilisées par les sages-femmes

Plusieurs moyens de diagnostic sont utilisés par les sages-femmes :

- L'observation : les sages-femmes de la maternité du CALM expliquent que, par l'observation pure de la femme, elles sont capables d'avoir de fortes suspicions sur la variété de présentation, sans avoir à faire d'autres examens. Les facteurs pronostics tels que les fortes douleurs lombaires, intenses dès le début du travail et la position que la femme prend spontanément pendant le travail comme le quatre pattes, peuvent servir à faire le diagnostic.

« Si le travail avance bien, qu'on a la sensation que c'est une postérieure par l'observation et par ce qu'elle nous dit de ses sensations, on ne va pas forcément aller diagnostiquer ou faire plus. » SFM3.

- Le palper utérin : Cinq sages-femmes recherchent le plan du dos par la palpation de l'utérus, pour ainsi mieux s'orienter lors du toucher vaginal. Le dos à droite est également un facteur pronostic de variété postérieure qui va amener certaines sages-femmes à diagnostiquer plus précocement la variété de présentation. Ce geste n'est pas utilisé seul mais est complété par la suite par le toucher vaginal.
- Le toucher vaginal : c'est la principale technique de diagnostic utilisée par les sages-femmes. Toutes les sages-femmes l'utilisent hormis deux sages-femmes du CALM. Il permet de faire le diagnostic de plusieurs manières :
 - en recherchant les sutures et les fontanelles : méthodes utilisées par 12 sages-femmes.
 - en allant chercher la position des oreilles : technique pratiquée par sept sages-femmes. La plupart du temps, elles l'utilisent lorsque la recherche des fontanelles est compliquée (présence d'une bosse séro-sanguine, doute)
 - en recherchant l'occiput et le cou : méthode utilisée par une sage-femme
 - en cherchant la hauteur de la présentation. Une sage-femme du CALM nous explique que : *« La sensation de poussée dans le rectum et dans le*

périnée très tôt, alors que la présentation est encore haute c'est le diagnostic différentiel entre la femme qui accouche vite et la VP ».

- *en analysant la dilatation du col utérin : cette même sage-femme nous dit que « Chez une femme qui sent que ça pousse alors que finalement le col n'est pas beaucoup dilaté, c'est en faveur d'une variété postérieure ».*

- L'échographie : c'est la technique diagnostique la plus fiable tout en restant non invasive. Elle est principalement plébiscitée par les « jeunes » sages-femmes notamment au CHIC et aux Diaconesses.

« Sur un bébé avec une grosse bosse et si la dame n'est pas très bien soulagée, c'est très désagréable d'insister pendant un TV, donc je ne veux pas être trop invasive, je n'ai vraiment aucune hésitation à utiliser l'appareil d'écho qui m'a bien dépanné un bon nombre de fois. » SFD1.

« Je fais un toucher vaginal et après je fais une écho si je ne suis pas sûre de mon coup, et même si je suis sûre j'aime bien faire un écho pour me rassurer. » SFD3.

Alors que les sages-femmes plus expérimentées ont tendance à ne pas l'utiliser.

« Je ne fais jamais d'échographique, je ne suis pas de la génération écho [rires], je ne sais pas bien les faire. » SFJ4.

« Moi, je ne fais pas d'échographie. » SFJ3.

Une étude comparant la clinique et l'échographie sur le diagnostic des variétés occipito-postérieures a montré une forte concordance clinico-échographique (85,7%). De plus, la plupart des sages-femmes ne rencontrant pas, ou très peu de difficulté à poser le diagnostic ; l'échographie semble donc utile en cas de doute ou de difficulté à trouver la présentation mais n'a pas de grand intérêt en systématique.

Une sage-femme ostéopathe du CALM nous explique également que l'orientation du sacrum est différente lorsque le fœtus se place en variété postérieure. Nous n'avons pas retrouvé de données à ce sujet, cependant on retrouve l'explication par la position de l'occiput butant contre le sacrum et donnant ainsi une orientation plus convexe à ce dernier.

Ainsi les sages-femmes ont de nombreuses manières de faire le diagnostic de la variété de présentation. Bien que le toucher vaginal à la recherche des sutures et des fontanelles reste la méthode de référence, d'autres techniques se développent. Ainsi l'échographie, moyen le plus sûr de diagnostic si bien réalisée, semble appréciée

notamment par les jeunes diplômées. Elle a également l'avantage de ne pas être invasive contrairement au toucher vaginal, notamment lorsqu'on recherche la position des oreilles.

L'utilisation des postures maternelles :

Le recours aux postures est la technique de prise en charge la plus utilisée. Toutes les sages-femmes hospitalières la pratiquent. La plupart, huit d'entre elles, les utilisent en première intention dans la prise en charge des variétés postérieures. Il est à noter que, quelque soit le lieu où elles exercent, les professionnelles privilégient cette méthode.

De nombreuses positions maternelles ont été évoquées par les sages-femmes. Nous avons essayé de nous appuyer sur la littérature pour expliquer leur efficacité.

- le décubitus latéral hyperfléchi est une posture mise en place par toutes les sages-femmes. Le Dr de Gasquet et Penny Simkin recommandent toutes deux cette posture qui permet une bascule du bassin aidant le fœtus à se mettre dans la bonne position (30). Les sages-femmes interrogées n'étaient pas en accord sur le côté où il faut positionner la femme. Simkin nous répond que la femme doit s'allonger sur le côté opposé au dos du bébé avec la jambe du dessus en flexion et rotation interne et la jambe du dessous en extension : cela aide le fœtus en variété postérieur ou asynclite à corriger sa position (20).

- le quatre pattes et les positions ventrales (assise ou accroupie ventre en avant, dans le vide) sont pratiqués par neuf sages-femmes. Le Dr de Gasquet explique que ces positions vont favoriser la rotation du dos par la pesanteur.

D'autres positions ont également été mentionnées par les sages-femmes et décrites dans la littérature, celles-ci n'ont a priori pas d'intérêt à la rotation du fœtus mais présentent d'autres avantages :

- la position « grenouille » pouvant être assimilée à une position accroupie. Simkin nous explique que cette position libère complètement le bassin, ne créant aucune tension, tout en utilisant la gravité : cela favorise l'engagement et la descente du fœtus (20).

- la position « gynécologique » et assise, les jambes en hyperflexion : ces deux positions permettent une ouverture du bassin.

La plupart des sages-femmes utilisent plusieurs positions au cours du travail, au minimum trois. Penny Simkin nous explique que le fœtus doit offrir son plus petit diamètre crânial pour passer dans les plus grands diamètres du bassin : ainsi les changements de position optimisent les chances d'un « bon ajustement » entre le fœtus et le bassin maternel (20).

Les sages-femmes semblent motivées par cette pratique, ne lui trouvant que des avantages :

« Il est fondamental de bouger pendant le travail. Les positions sont quelque chose de physiologique, elles créent des appuis différents sur la tête et donc l'aide à tourner » SFD4

« Ca marche ! J'ai observé des résultats ! » SFC2.

« Pour moi les positions c'est plus physiologique, on essaye de l'accompagner, ça semble plus logique. Les positions c'est plutôt un accompagnement. » SFC1.

« Grâce aux positions, il y a une dynamique ! Ca permet à la tête de bouger. » SFD2.

Les sages-femmes travaillant en maison de naissances ne pratiquent pas les postures, car d'après elles, la femme se positionne d'elle-même dans la position qui convient le mieux. Cependant elles ont observé que les femmes se mettent souvent spontanément à quatre pattes ou en étirement lorsque le fœtus est en postérieur.

« En général, la patiente va se faire confiance et se mettre d'elle-même dans la position qui lui convient le mieux à elle et son bébé. Il arrive que certaines femmes passent tout le travail à quatre pattes. » SFM1.

« Pour l'accouchement, les femmes se mettent d'elles-mêmes à 4 pattes souvent. » SFM2.

Le Dr De Gasquet explique en effet que la femme ne se met pas sur le dos car la compression de l'articulation sacro-iliaque est maximale et les douleurs intenses. Ainsi la femme se met spontanément à quatre pattes, assise penchée en avant, à califourchon à l'envers sur une chaise ou dos à plat et fesses en arrière (29).

Grâce aux observations des sages-femmes du CALM et du Dr De Gasquet, on peut remarquer que les postures maternelles utilisées en maternité correspondent aux positions qu'une parturiente sans péridurale adopte spontanément pour se soulager et que celles-ci ont un intérêt pour tourner le fœtus en position antérieure. Une sage-femme nous a notamment fait la même remarque : *« C'est évident que je fais plus de positions depuis qu'elles ont des péridurales puisque avant elles se les trouvaient toute seule. La posture c'est quelque chose qu'on a eu besoin de créer parce que la mobilisation n'est pas spontanée. Une femme sans péridurale, d'elle-même sent comment il faut se mettre ; elle cherche ce qui peut lui apporter le plus de confort. [...] Les postures, c'est quelque chose qu'on a institué alors qu'avant il y avait la spontanéité de la femme qui essayait de gérer son corps. » SFJ4.*

Les postures maternelles montrent leur intérêt en théorie et dans la pratique. Technique non invasive et permettant de rendre la parturiente active pendant le travail, cette méthode est plébiscitée par les sages-femmes. Cependant, bien que les professionnelles soient persuadées du contraire, l'efficacité des postures sur la rotation des fœtus en antérieur n'est pas significativement prouvée. (32), (33), (34)

La pratique de la rotation manuelle

Bien que pratiquée par toutes les sages-femmes interrogées, sauf celles de la maison de naissances, la rotation manuelle n'est jamais utilisée en première intention mais est plutôt considérée comme la technique de la « *dernière chance* », utilisée « *quand les postures n'ont pas fonctionné* », « *quand tout le reste n'a pas marché* », « *rarement* » voire « *très rarement* », « *en dernière intention* ».

D'après Tarnier et Chantreuil la rotation doit s'effectuer à partir de 7 cm de dilatation mais la réussite augmente si elle est pratiquée à dilatation complète (19). Ainsi, respectant cette bonne pratique, les sages-femmes du CHIC la pratiquent dès 8 cm tandis que les autres attendent la dilatation complète et les efforts expulsifs.

Les sages-femmes de notre étude utilisent deux techniques différentes :

- la rotation « à deux doigts » utilisée par 10 sages-femmes, que l'on pourrait rapprocher de la rotation digitale décrite par Cargill (21). Cependant une seule sage-femme positionne correctement son index et son majeur sur le lambda.

- « avec la main » utilisée par 5 sages-femmes, assimilée à la rotation manuelle décrite par Tarnier et Chantreuil. Aucune sage-femme n'effectue cette rotation telle que l'ont décrite Tarnier et Chantreuil.

Quatre sages-femmes font appel à un médecin pour effectuer cette technique, notamment en cas de difficulté ou lorsqu'il y a des anomalies du rythme cardiaque fœtal :

« *Si ça ne tourne pas on aime bien appeler, ou bien s'il y a des anomalies du rythme on est obligé d'appeler et on fait même des rotations manuelles au bloc opératoire s'il y a des anomalies du rythme assez importantes.* » SFC1.

« *J'appelle un médecin si je n'arrive pas à la faire ou si j'aimerais bien la faire et qu'il y a des anomalies du rythme.* » SFC2.

« *Je tourne une VP s'il y a un médecin pas loin.* » SFD3.

Ainsi aucune sage-femme n'effectue correctement la rotation manuelle et certaines font souvent appeler à un médecin. Nous constatons donc une importante méconnaissance sur la réalisation de cette technique qui peut traduire le manque de confiance qu'expriment les sages-femmes. Une sage-femme des Diaconesses nous avoue : « *J'ai appris la rotation manuelle sur le tas.* »

La réticence des sages-femmes à pratiquer la rotation manuelle s'explique également par le fait que certaines ne croient pas en la réussite de cette manœuvre :

« *Cela ne fonctionne qu'une fois sur deux.* » SFD2.

« *Je trouve ça une aberration d'essayer de tourner une VP avant que la présentation ne s'engage. La physiologie c'est qu'il tourne dans le petit bassin, ce n'est pas qu'il tourne avant.* » SFD4

Surtout elles pensent que cela entraîne des risques importants. Ainsi les sages-femmes qualifient ce geste de « *violent* », « *brutal* », « *nocif et délétère pour le nouveau-né* ». De plus, d'après elles, ce geste entraînerait des elongations des muscles du cou notamment en cas de cordon court.

« *La RM c'est un peu violent, c'est une méthode forte. Je pense que la RM peut être douloureuse pour le bébé. De plus, au niveau des muscles du cou, ça peut favoriser les elongations.* » SFC1.

« *On peut entraîner des problèmes au niveau du cou, des elongations.* » SFJ1.

Certaines professionnelles préfèrent même adopter une attitude expectative plutôt qu'essayer systématiquement la rotation manuelle.

« *Il vaut mieux accoucher une belle OS non traumatique que de forcément faire tourner un bébé.* » SFC2.

« *Si je vois que l'OS n'empêche pas au bébé de descendre, je n'essaye pas de tourner la tête.* » SFC1.

Toutes ces craintes ne sont cependant pas justifiées : en effet, les différentes études à propos de la rotation manuelle montrent que bien effectuée, cette dernière réussirait dans 90% des cas (20), (21), et diminuerait la morbidité maternelle et obstétricale : diminution significative du nombre de césarienne, diminution de la 2^e phase du travail, du nombre d'extractions instrumentales, de déchirures périnéales, d'hémorragie du post-partum et de chorioamniotite. Contrairement à ce que redoutent les sages-femmes, la rotation manuelle n'a pas de répercussion sur l'état néonatal (25). Néanmoins, cette manœuvre augmente le risque de déchirures cervicales et les apparitions ou aggravation d'ARCF. (22), (25)

Finalement, les sages-femmes n'utilisent que très rarement cette technique, ne la réalisent pas de manière correcte et ont des a priori sur les conséquences que cette dernière pourrait avoir notamment sur le nouveau-né. Or, cette technique est à ce jour la

seule à avoir prouvé significativement son efficacité dans la prise en charge des variétés postérieures.

L'ocytocine : un médicament utilisé pour prendre en charge les variétés postérieures

L'ocytocine (nom commercial : Syntocinon®) est une hormone fabriquée dans l'hypothalamus, et la post-hypophyse. Cette hormone stimule entre autre les contractions de l'utérus chez la femme enceinte ce qui permet d'accélérer le travail et l'accouchement (37). Non évoquée dans notre trame d'entretien, l'ocytocine a été citée spontanément par sept sages-femmes qui l'utilisent lorsqu'elles sont confrontées à une variété postérieure. Trois l'utilisent systématiquement et deux d'entre elles en première intention. Ces dernières ont plus de 30 ans. Il semblerait que les sages-femmes plus expérimentées aient plus tendance à utiliser ce médicament. Une d'entre elles nous explique : « A l'école, on a appris que face à une variété postérieure, il faut mettre du Syntocinon®. » SFD1.

L'ocytocine permet de prendre en charge les stagnations lorsqu'elles sont dues à une hypokinésie. Nous avons pu voir que la rotation du fœtus est liée à la flexion de sa tête qui pourrait être facilitée par une bonne contractibilité. Cependant il n'y a aucune étude démontrant l'effet de l'ocytocine sur les variétés postérieures. De plus, face à des contractions de fréquence et d'intensité convenables, son emploi systématique pourrait entraîner des hypertonies et des hypercinésies. Il semble donc qu'il n'y ait aucun intérêt à utiliser systématiquement cette hormone dans la prise en charge d'une variété postérieure.

D'autres méthodes sont également pratiquées par les sages-femmes

Nos entretiens restant ouverts à toutes propositions, les sages-femmes de la maison de naissances ont évoqué d'autres pratiques pour permettre la rotation de la tête foetale :

- la décontraction : « Je trouve qu'être dans la décontraction ça peut les aider : faire un bain permet de relâcher et de se détendre, et ça permet de relâcher au niveau du bassin et du périnée et la tête tourne spontanément. » SFM2.

- l'haptonomie : l'haptonomie est « la science des interactions et des relations affectives humaines », elle permet aux parents d'entrer en contact avec le futur enfant. Une sage-femme de la maison de naissance la pratiquant a expliqué que pendant la grossesse, si le fœtus avait un dos postérieur à la palpation, elle invitait les femmes à se

mettre à quatre pattes avec la main du père sur le ventre accompagnant la rotation du dos du fœtus.

- le toucher rectal : une sage-femme ostéopathe de la maison de naissance nous a raconté qu'un jour elle a pratiqué un toucher rectal pour faire tourner une VP. Il n'y a pas de données de la littérature à ce sujet mais le toucher rectal permettant d'agir sur la paroi postérieure du vagin pourrait tout à fait permettre à la présentation de bouger en créant un appui entre le doigt et l'occiput fœtal.

Notre deuxième hypothèse est confirmée. Que ce soit lors du diagnostic ou de la prise en charge des variétés postérieures, les sages-femmes ont des pratiques différentes. Le diagnostic est principalement posé par le toucher vaginal mais de nouvelles techniques telles que l'utilisation de l'échographie se développe notamment chez les sages-femmes jeunes diplômées.

La prise en charge des variétés postérieures se fait principalement par l'utilisation de postures maternelles et de la rotation manuelle même si cette dernière n'est pas appréciée par les sages-femmes. D'autres sages-femmes utilisent également l'ocytocine, particulièrement les sages-femmes plus expérimentées.

Quel que soit le type de maternité, il n'a pas été mis en évidence de différences importantes dans la prise en charge. Seule l'attitude des sages-femmes de la maison de naissances se dénote des autres maternités en adoptant une attitude expectative.

4. REFLEXIONS SUPPLEMENTAIRES

4.1 L'expectative des sages-femmes de la maison de naissances

L'attitude expectative des sages-femmes de la maison de naissances nous fait nous interroger sur la réelle nécessité d'une prise en charge des variétés postérieures. En effet ces dernières, bien qu'effectuant moins d'accouchements qu'en maternité, elles disent ne rencontrer que très peu de VP, beaucoup moins qu'à l'hôpital. Pourtant ce sont elles qui interviennent le moins :

« Si le travail avance et que c'est une postérieure je ne vais rien faire de plus. J'ai appris à ne plus rien faire ! Même pour la naissance, je laisse la femme gérer sa naissance et laisse le bébé progresser tranquillement. » SFM1.

« Lorsque c'est une variété postérieure, en fait, je ne fais rien ! » SFM2.

Cette remise en question est aussi faite par d'autres sages-femmes. Le respect de la physiologie semble être un point essentiel et le fait d'intervenir de manière très active semble les gêner. Ainsi comme nous l'avons vu précédemment, la rotation manuelle n'est guère appréciée par les sages-femmes qui la trouve barbare, nocive et invasive alors que l'utilisation de postures serait plus physiologique, plus naturelle.

Ainsi même parmi les sages-femmes utilisant les postures et la rotation manuelle, leur discours tend vers le respect de la physiologie et le rejet de l'interventionnisme :

« Je ne cherche pas à être interventionniste. Je suis interventionniste quand la nature ne fait pas ce qu'il faut. Une variété postérieure peut être physiologique. » SFD4.

« Ce n'est pas pour rien que le bébé s'est mis en variété postérieure, si ça se trouve il va trouver son chemin comme ça. » SFJ4.

Cependant, les différentes études montrent qu'il y a significativement plus de morbidité maternelle, obstétricale et fœtale lors d'un travail en VP et d'un accouchement en OS, que les postures ne présentent pas d'efficacité par rapport à une attitude expectative et que seule la RM diminue la morbidité obstétricale et maternelle (10), (12), (16), (25), (39).

Nous remarquons que les sages-femmes adoptent une attitude de moins en moins dirigiste en essayant de reproduire la physiologie, aidant le fœtus à tourner spontanément dans le bassin grâce aux postures. En effet la moitié d'entre elles effectuent plus de positions maternelles qu'auparavant. Elles disent également être moins interventionnistes, avoir un meilleur sens clinique et être plus attentives à l'observation de leurs patientes.

Il semblerait donc essentiel de trouver un juste milieu entre l'attitude expectative - qui d'après nos études augmente la morbidité - et l'interventionnisme « trop » important boudé par les sages-femmes désormais.

4.2 La possibilité d'agir avant la salle de naissance

Trois sages-femmes nous ont interpellés sur la nécessité de commencer la prise en charge avant la salle de naissances. Cela permettrait de prendre en charge les

femmes en amont, avant le travail, sans gêne par rapport à l'analgésie péridurale et d'être dans l'anticipation.

Une des professionnelles nous a expliqué que « *Maintenant, les femmes sont tout le temps assises ou allongées devant leur canapé, c'est pour ça qu'il y a plus de variété postérieure.* » SFJ4.

Afin de remédier à ce problème, les sages-femmes ont essayé de trouver des solutions :

- privilégier des positions ventre en avant en fin de grossesse : « *en fin de grossesse, quand ce sont des dos à droite ou en avant, je leur dis de favoriser le coup d'aspirateur, le cirage de parquet, avec un mouvement de ventre en avant pour essayer de faire tourner le bébé.* » SFC3.

- utiliser l'haptonomie, avec la femme à 4 pattes et la main du père sur le ventre, accompagnant la rotation du fœtus.

Bernadette de Gasquet encourage ces deux pratiques : « si le dos du fœtus est à droite dans votre ventre ou s'il a sa colonne vers votre colonne [...] essayez de le motiver à aller à gauche, en lui « expliquant », en utilisant l'haptonomie, en dormant beaucoup sur le côté gauche si vous le supportez ».

Une enquête a été réalisée pour déterminer l'influence des positions, dès la grossesse, sur la position du fœtus pendant le travail. Une étude randomisée voulait démontrer l'efficacité d'un positionnement de la femme à « quatre pattes » avec un mouvement de balancement du bassin pendant dix minutes deux fois par jour, dès 39 SA et jusqu'au début du travail, sur la diminution de l'incidence des présentations postérieures à la naissance. Cependant, les résultats n'ont pas montré de différences significatives (40).

Même si cette étude n'a pas démontré scientifiquement d'intérêt à la prise en charge avant le travail, l'haptonomie, les positions ventrales ou couchées sur le côté gauche ne sont pas délétères et valent la peine d'être essayés. L'haptonomie renforce le lien entre les parents et le fœtus, les positions ventrales soulagent les douleurs lombaires et le décubitus latéral gauche libère la compression de la veine cave inférieure par l'utérus et permettant une meilleure oxygénation de la mère et du fœtus.

4.3 L'épisiotomie systématique lors d'un accouchement en OS

L'épisiotomie est une intervention chirurgicale consistant à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lorsque l'accouchement le nécessite (41).

Spontanément, alors que nous ne l'abordions pas dans notre trame d'entretien, cinq sages-femmes ont précisé qu'elles ne faisaient pas d'épisiotomie systématiquement en cas d'accouchement en OS.

Cependant, il semblerait que cette pratique soit répandue dans certains services : « *La politique de l'hôpital quand c'est une OS, c'est de faire une épisiotomie.* » SFC2 ; et que celle-ci était conseillée il y a quelques années : « *Je fais partie de cette génération de sages-femmes où on nous imposait l'épisiotomie en cas d'accouchement en OS.* » SFD4.

Bien que l'épisiotomie ait pour but de diminuer les déchirures graves et complexes du périnée et qu'un accouchement en OS majore ces risques, elle entraîne également des complications : hémorragie (due à une hémostase insuffisante ou un retard de réparation chirurgical), œdème, douleur dans le post-partum, hématomes, thrombus, infection et désunions (42),

Les seules indications du CnGOF, quant à l'épisiotomie systématique, sont la distance anovulvaire inférieure à trois centimètres et l'anomalie du rythme cardiaque fœtale pour réduire la durée des efforts expulsifs (43).

Au vue des conséquences de l'épisiotomie et des recommandations du CnGOF, il n'est pas recommandé d'effectuer une épisiotomie systématique lors d'un accouchement en OS. Les sages-femmes ont donc raison de ne pas donner lieu à cette pratique.

4.4 L'influence de l'analgésie péridurale (APD) sur l'augmentation des variétés postérieures et d'accouchements en OS

Nous avons remarqué que les pratiques diffèrent particulièrement entre l'attitude des sages-femmes en maisons de naissances et les sages-femmes hospitalières. L'une

des grandes différences est que leurs patientes ont choisi de ne pas avoir d'analgésie péridurale (APD). Une sage-femme de la maison de naissance nous expliquait qu'« *il y a une grande différence de prise en charge d'une VP entre une femme avec APD et sans.* » SFM1.

Une des professionnelles de plus de 20 ans d'expérience nous a interpellé : « *J'ai remarqué qu'il y a beaucoup plus de VP depuis que les femmes sont sous péridurale.* » SFJ4 . Les sages-femmes de la maison de naissances, elles aussi, ont émis des doutes à ce sujet :

« *Je pense vraiment qu'il y a moins de VP ici qu'à l'hôpital.* » SFM2.

« *Ici, il y a moins d'accouchement en OS, c'est très rare.* » SFM3.

Cependant la littérature reste controversée sur l'APD comme facteur de risque de VP(9), (10), (13)

Les sages-femmes ont tenté d'expliquer ce phénomène :

- certaines pensent que cela est dû au problème de mobilisation des femmes sous APD :

« *Il y a beaucoup plus de postérieures depuis que les femmes sont sous péridurale, surtout plombée par la péridurale [...] Je pense que c'est parce que les femmes ne bougent pas. Une femme, même quand la douleur se réveillait un peu, elle cherchait à se positionner autrement, elle remontait son dossier etc.* » SFJ4.

« *Je pense que la meilleure façon de faire bouger un bébé est que la femme reste en mouvement, les péris ambulatoires se seraient bien.* » SFD3.

- d'autres voient un problème mécanique de l'APD

« *Avec la péridurale, il y a moins de tonicité musculaire, moins d'appuis pour tourner, donc moins de possibilité de tourner.* » SFM2.

« *Les péris favorisent les VP qui ne tournent pas : il n'y a pas de sensation des releveurs, pas de réflexe de la mère pour faire tourner le bébé. La péridurale rend les muscles mous alors que le bébé s'aide sur les muscles du bassin.* » SFM1.

« *Ce sont les releveurs qui vont faire tourner sa tête. Beaucoup de bébés tournent sur la poussée, sur les releveurs en même temps qu'il descend. Ce sont des réflexes, qui ne sont pas forcément présents lorsque la femme est sous APD.* » SFM3.

Le fœtus effectue sa rotation au moment du contact de la tête avec les muscles releveurs. Or, la littérature indique que la péridurale engourdit les muscles du plancher

pelvien, ces derniers étant importants pour guider la tête du fœtus dans une bonne position pour la naissance.

Les données scientifiques restent controversées sur l'APD comme facteur de risque significatif de VP (9), (10), (13). Cependant, une étude de 2005, montre que lorsqu'une APD est en place, le bébé est quatre fois plus susceptible de persister à se présenter en postérieur dans les derniers stades du travail (13% vs 3%) (44).

Nous nous sommes alors demandé si une femme désirant une péridurale serait forcément exposée à ces deux problèmes. Une solution intéressante est l'utilisation de la péridurale déambulatoire : en effet, la dose injectée est moindre, ce qui permet à la parturiente de se mobiliser et la diminution du bloc moteur permettrait également aux muscles périnéaux de garder une certaine tonicité.

Ainsi la péridurale déambulatoire diminuerait les effets néfastes de l'APD « classique » ; elle répondrait à la demande des sages-femmes d'être moins interventionniste en laissant les femmes se mouvoir et en leur proposant des postures qui peuvent parfois être difficiles à mettre en place lorsque la dose injectée est trop importante.

Peu d'études ont été faites à ce sujet ; les plus récentes ne trouvent aucun avantage à la déambulation avec une péridurale faiblement dosée (45), (46), (47),;

5. PROPOSITIONS

5.1 Une formation pour toutes les sages-femmes sur les variétés occipito-postérieures

A l'issue de notre étude, et dans le but d'améliorer les pratiques des sages-femmes en salle de naissances vis à vis des variétés postérieures, nous avons pensé aux propositions suivantes:

- Lors de la formation initiale : dans les enseignements magistraux il faut insister sur les facteurs de risques et les conséquences des VP et lors des travaux pratiques, généraliser l'apprentissage des postures et des manœuvres.

- Pendant la formation continue: favoriser l'apprentissage par les seniors des manœuvres de rotations manuelles comme cela est fait pour les manœuvres du siège ou lors de dystocies des épaules ; encourager les établissements à mettre en place des formations concernant les postures maternelles (formation du Dr De Gasquet, intervention d'un ostéopathe).

5.2 Aborder le thème de la variété postérieure lors des cours de préparation à la naissance et à parentalité (PNP)

Les cours de PNP permettent aux femmes de mieux appréhender la fin de leur grossesse, le travail, l'accouchement et la venue du nouveau-né.

La variété occipito-postérieure pourrait être abordé afin que la femme la connaisse et puisse, avec ses propres moyens en limiter les conséquences. De plus, cette variété est significativement rencontrée chez les primipares et ce sont ces dernières qui sont principalement présentes lors des cours. Ainsi, il serait important de parler :

- des problèmes engendrés au moment du travail et de l'accouchement (augmentation de la durée du travail et des efforts expulsifs, déchirures plus importantes), sans être trop alarmiste

- des femmes les plus à risque : lorsque c'est un premier enfant, si le fœtus est très gros ou très petit, si le dos est en arrière lors d'une échographie ou d'un palper par une sage-femme

- de l'intérêt de voir un ostéopathe en fin de grossesse pour corriger des malpositions du bassin

- des moyens de diminuer les risques à la fin de la grossesse : ne pas rester tout le temps allongée sur le dos, favoriser le décubitus latéral et les positions ventre en avant

- des positions à adopter en début de travail et de l'intérêt des postures proposées par les sages-femmes

5.3 De nouvelles études à mener

Au vue de nos entretiens et pour conforter l'intérêt de certaines pratiques, il serait intéressant de mettre en place de nouvelles études.

Notamment sur les postures maternelles : ces dernières, très appréciées par les sages-femmes n'ont pas encore montré scientifiquement leur efficacité. Une étude avec de nouvelles positions (position en étirement, en suspension), différentes de celles proposées dans les autres publications, pourrait ainsi être mise en place. L'essai multicentrique randomisé EVADELA sur « l'Evaluation du Décubitus Latéral Asymétrique pour la rotation des variétés postérieures » mené par Camille Le Ray à la maternité de Port-Royal n'est pas encore publié. Si cette étude montre une efficacité significative de cette posture, elle conforterait l'intérêt de la prise en charge adoptée par les sages-femmes de notre étude.

Une étude sur l'efficacité de l'analgésie péridurale déambulatoire serait également intéressante à mener. Ainsi deux thèmes pourraient être abordés :

- Comparer le nombre d'accouchements en OS lorsque la femme a une péridurale « classique » versus une péridurale déambulatoire.
- Comparer le nombre d'accouchements en OS lorsque la femme n'a pas de péridurale versus lorsque celle-ci a une une péridurale déambulatoire.

Si cette nouvelle analgésie montre scientifiquement son intérêt, il serait intéressant de généraliser son utilisation au sein des maternités.

CONCLUSION

Les sages-femmes ont des prises en charge différentes des variétés postérieures ; depuis le diagnostic - basé sur l'observation seule, le toucher vaginal ou l'échographie - jusqu'aux « techniques » pour les tourner en variété antérieure - postures maternelles, rotation manuelle, haptonomie, relaxation. Certaines techniques de diagnostic comme l'échographie sont très appréciées par les jeunes diplômées.

Notre étude révèle qu'il n'existe pas, entre les différentes maternités, d'importants contrastes dans la prise en charge. Seule l'attitude expectative des sages-femmes de la maison de naissances se détache de ce qui se fait dans les hôpitaux. Afin d'illustrer ces propos, nous avons sélectionné deux entretiens réalisés au sein de la maternité de type III et de la maison de naissances [Annexe V].

La méconnaissance de l'importante morbidité associée à ces variétés n'incite pas les sages-femmes à en faire le diagnostic systématique et à les prendre en charge de façon optimale. Les sages-femmes, attachées au respect de la physiologie, ne mettent pas en place tous les moyens qui sont à leur portée pour diminuer le nombre de VP et d'accouchements en OS. La plupart se positionne contre le « trop » interventionnisme, ainsi la rotation manuelle ne rencontre guère de succès. Pourtant, cette technique semble aujourd'hui être la seule à avoir fait ses preuves.

Les entretiens menés auprès des sages-femmes de notre étude - sans que ces dernières soient représentatives des sages-femmes françaises - nous ont permis de montrer que la gestion des VP est négligée. Pourtant, les études sur le sujet se multiplient, preuve de son importance en obstétrique aujourd'hui. Une nouvelle étude portant sur l'efficacité de la rotation manuelle est actuellement en cours dans cinq centres de la région Provence Alpes Côte d'Azur : « Efficacité de la tentative de rotation manuelle prophylactique des présentations céphaliques en variétés postérieures en deuxième phase du travail sur le taux d'accouchement opératoire (césarienne et extraction instrumentale) : étude prospective multicentrique comparative randomisée ouverte ». [Annexe VI]. La mise en place d'une nouvelle étude sur les VP démontre l'importance du sujet ; nous serons attentifs à la parution des résultats de cette étude qui apportera peut-être les arguments nécessaires au changement de nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Lansac J, Marret H, Oury JF. Pratique de l'accouchement. 4è ed. Masson, Paris, 2006.
2. Oury JF, Vayssière C, Fournié A, Galley-Raulin. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique : Extractions instrumentales. Mesures à prendre pour réduire le nombre d'extractions instrumentales. 32e journée nationale. In Paris; 2008 [cité 15 déc 2014]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM
3. Schaal J-P, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. <http://www.em-premium.com/data/traites/ob/05-16463/> [Internet]. [cité 20 mai 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.accesdistant.upmc.fr/article/7938/resultatrecherche/1>
4. Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et techniques obstétricales. Schaal J-P, éditeur. Montpellier, France: Sauramps médical; 2012. 922 p.
5. Schaal J-P, éditeur. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier, France: Sauramps médical; 2007. 922 p.
6. Lansac J, Bertrand J, éditeurs. Pratique de l'accouchement. Paris, France: Masson; 2001.
7. Renner J-P. Pratique de l'accouchement. Lansac J, Descamps P, Oury JF, éditeurs. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson, impr. 2011; 2011.
8. Akmal S, Tsoi E, Howard R, Osei E, Nicolaides KH. Investigation of occiput posterior delivery by intrapartum sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* sept 2004;24(4):425-8.
9. Riethmuller D, Teffaud O, Eyraud JL, Sautière JL, Schaal JP, Maillet R. [Maternal and fetal prognosis of occipito-posterior presentation]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* févr 1999;28(1):41-7.
10. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* mai 2003;101(5 Pt 1):915-20.
11. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol.* déc 2001;98(6):1027-31.
12. Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB. Associated factors and outcomes of persistent occiput posterior position: A retrospective cohort study from 1976 to 2001. *J Matern Fetal Neonatal Med.* sept 2006;19(9):563-8.
13. Gardberg M, Stenwall O, Laakkonen E. Recurrent persistent occipito-posterior position in subsequent deliveries. *BJOG.* févr 2004;111(2):170-1.
14. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol.* mai 2005;105(5 Pt 1):974-82.

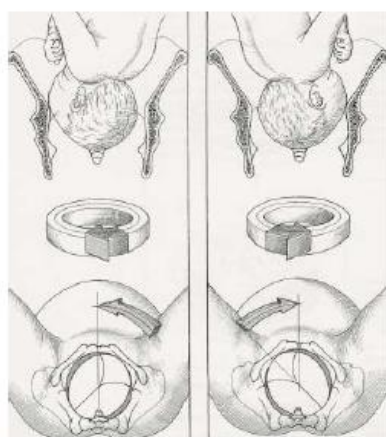
15. Biancuzzo M. How to recognize and rotate an occiput posterior fetus. *The American journal of nursing*. 1993;93(3):38-41.
16. Carseldine WJ, Phipps H, Zawada SF, Campbell NT, Ludlow JP, Krishnan SY, et al. Does occiput posterior position in the second stage of labour increase the operative delivery rate? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. juin 2013;53(3):265-70.
17. Gardberg M, Laakkonen E, Sälevaara M. Intrapartum sonography and persistent occiput posterior position: a study of 408 deliveries. *Obstet Gynecol*. mai 1998;91(5 Pt 1):746-9.
18. Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB. The association between persistent occiput posterior position and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. avr 2006;107(4):837-44.
19. Tarnier S, Budin PC, Chantreuil G. *Traité de l'art des accouchements*. Paris, France: G. Steinheil; 1888.
20. Simkin P, Ancheta R. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. John Wiley and Sons; 2011. 426 p.
21. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault M-Y, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, et al. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can*. août 2004;26(8):747-61.
22. Le Ray C, Serres P, Schmitz T, Cabrol D, Goffinet F. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*. oct 2007;110(4):873-9.
23. Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Khireddine I, Dreyfus M, Vardon D, Goffinet F. Manual rotation to decrease operative delivery in posterior or transverse positions. *Obstet Gynecol*. sept 2013;122(3):634-40.
24. Haddad B, Abirached F, Calvez G, Cabrol D. [Manual rotation of vertex presentations in posterior occipital-iliac or transverse position. Technique and value]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1995;24(2):181-8.
25. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK, Caughey AB. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2006;194(5):e7-9.
26. Le Ray C, Goffinet F. [Manual rotation of occiput posterior presentation]. *Gynecol Obstet Fertil*. oct 2011;39(10):575-8.
27. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Caughey AB. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. *J Matern Fetal Neonatal Med*. janv 2011;24(1):65-72.
28. De Gasquet B. *Accouchement: la méthode de Gasquet*. Paris, France: Marabout; 2012. 149 p.
29. De Gasquet B. *Bien-être et maternité*. Albin Michel. Paris: Editions Albin Michel; 2009. 374 p.

30. De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement. Paris, France: Marabout; 2009. 126 p.
31. Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner J-P, Carcopino X, Loundou A, et al. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2013;208(1):60.e1-8.
32. Guittier M-J, Othenin-Girard V. [Correcting occiput posterior position during labor: the role of maternal positions]. *Gynecol Obstet Fertil.* avr 2012;40(4):255-60.
33. Stremmer R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor. *Birth.* 1 déc 2005;32(4):243-51.
34. Capron C, Hubert E. Etude sur le traitement des variétés postérieures : réalisation d'un protocole acupunctural [Mémoire : DIU acupuncture obstétricale]. [Lille]: Faculté de médecine Lille 2; 2012.
35. Merger R, Melchior J. Précis d'Obstétrique. 6ème édition. Masson; 2001. 634 p.
36. Riethmuller D, Martin A, Schaal J-P. Surveillance foetale : Guide de l'enregistrement cardiotocographique & des autres moyens de surveillance du fœtus. 3e édition revue et corrigée. Montpellier: Sauramps Médical; 2015. 238 p.
37. Vidal 2015: le dictionnaire. Issy-les-Moulineaux, France: Vidal, DL 2015; 2015.
38. Cheng YW, Hubbard A, Caughey AB, Tager IB. The association between persistent fetal occiput posterior position and perinatal outcomes: an example of propensity score and covariate distance matching. *Am J Epidemiol.* 15 mars 2010;171(6):656-63.
39. Dupuis O, Ruimark S, Corinne D, Simone T, André D, René-Charles R. Fetal head position during the second stage of labor: comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 déc 2005;123(2):193-7.
40. Kariminia A, Chamberlain ME, Keogh J, Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ.* 28 févr 2004;328(7438):490.
41. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - épisiotomie [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/episiotomie/12876>
42. Cleary-Goldman J, Robinson JN. The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol.* févr 2003;27(1):3-12.
43. Jacquetin B, Dreyfus M, Goffinet F, Teurnier F. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique : l'Épisiotomie. In Paris; 2005.

44. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol.* mai 2005;105(5 Pt 1):974-82.
45. Karraz MA. Ambulatory epidural anesthesia and the duration of labor. *Int J Gynaecol Obstet.* févr 2003;80(2):117-22.
46. De la Chapelle A, Carles M, Gleize V, Dellamonica J, Lallia A, Bongain A, et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. *Int J Obstet Anesth.* avr 2006;15(2):104-8.
47. Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R, Baguet J-P, Racinet C, Payen J-F. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg.* janv 2004;98(1):224-9.
48. Schaal JP, Riethmuller D, Maillet R. *Mécanique et techniques obstétricales.* Montpellier, France: Sauramps médical; 1998. 604 p.

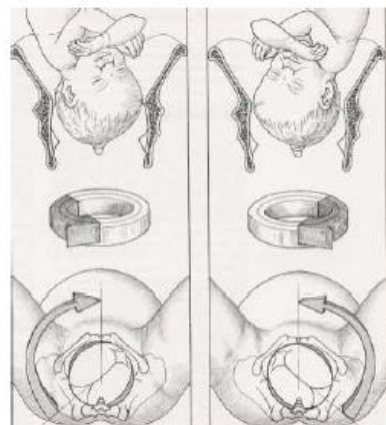
ANNEXES :

ANNEXE I : Les différentes variétés de présentation céphaliques



OIGA

OIDA

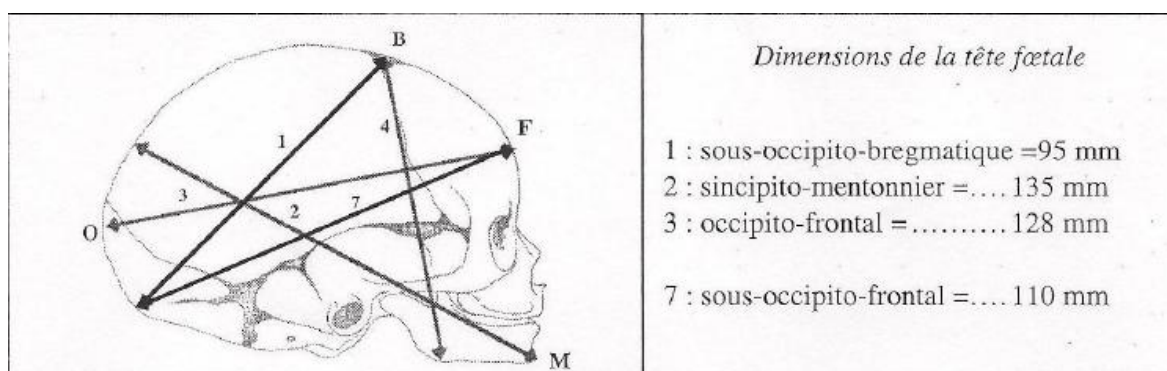


OIDP

OIGP

Lansac J, Marret H, Oury JF. *Pratique de l'accouchement*. 4è ed. Paris:Masson; 2006. (1)

ANNEXE II : Diamètre de la tête fœtale



Schaal J-P, Riethmuller D, Maillet R. *Mécanique et techniques obstétricales*. Montpellier, France: Sauramps médical; 1998.(48)

ANNEXE III : Grille de recueil de données

THEME	QUESTION A ABORDER	PRECISION ENVISAGEABLES	RECHERCHE DES CRITERES
PROFIL	Quel âge avez-vous ? Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? Combien d'années d'expérience avez-vous en salle de naissances ?		Observer s'il existe différentes conduites à tenir selon l'âge, l'expérience
CONNAISSANCES SUR LES VP ET DIAGNOSTIC	Selon vous, est-ce important de diagnostiquer une variété ? Pourquoi ?	Conséquences de certaines variétés ? Prise en charge possible ?	Mise en évidence des connaissances sur les variétés
	Connaissez-vous des facteurs de risque qu'un fœtus se mette en position occipito-postérieure ?		Mise en évidence des facteurs de risque de VP
	Connaissez-vous des conséquences à un travail en variété postérieure et à un accouchement en OS ?	Conséquences d'un point de vue maternel, obstétrical et fœtal	Mise en évidence de la morbidité
	D'après vous quels éléments peuvent vous orienter sur la variété (en dehors d'un examen clinique) ?	Palpation du dos, étude du dossier médical, observations	Mise en évidence des facteurs diagnostic de VP
	Comment diagnostiquez-vous une variété ? (moment, technique etc...)	Plusieurs étapes possibles	Moment du diagnostic : Dilatation, hauteur de la présentation, rupture poche des eaux Technique : Observation, palpation, toucher vaginal : sutures ou orientation des oreilles, échographie
	Rencontrez-vous des difficultés quant à ce diagnostic ? Que faites-vous dans ce cas ?		Diagnostic non certain, difficultés si BSS, si présentation haute ou occipito Demander de l'aide, utiliser une autre technique ...
PRISE EN CHARGE DES VARIETES POSTERIEURES	Que faites-vous lorsque vous diagnostiquez une VP ? Décrivez.	<i>Réponse : Si SF interventionniste : quelle méthode ? A quel moment intervenir ? pourquoi être interventionniste ? Si SF dans l'expectative : pourquoi ? dans l'expectative jusqu'à quel moment ?</i> Différentes étapes ? En plusieurs temps ? Moment d'action, pourquoi ? techniques ?	-Interventionnistes : méthodes de rotation, appel du médecin, appel à l'aide d'une autre SF -Dans l'expectative Rotation manuelle, postures.... Intervention au moment du diagnostic, à une certaine dilatation, à l'engagement Interventionniste pour éviter les complications dues aux VP et OS Expectative : Manque de connaissance, pense que la variété va tourner d'elle-même. Peur des conséquences d'une intervention.
	Sur quoi basez-vous votre prise en charge ? (formation scolaire, autres formations, empirisme, expérience etc...)		
	Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge ? (décrivez). Que faites-vous dans ce cas ?		
	Racontez une expérience marquante où vous avez été confronté à une VP ou un accouchement en OS.	Ressenti, difficultés, actions mises en place etc...	

DESCRIPTION DES METHODES DE ROTATION	Pratiquez-vous la rotation manuelle ? Décrivez la/les techniques utilisées. Pourquoi ? (motivations et/ou vos freins)	(Si la rotation manuelle a été évoqué auparavant ne poser que les deux dernières questions : description, motivations/freins)	Motivation : grande efficacité, facile à réaliser Freins : difficile à réaliser, ne sait pas faire, ne connaît pas bien les techniques, peur d'être délégué
	Pratiquez-vous les postures maternelles pour aider la rotation de la tête fœtale ? Décrivez la/les techniques utilisées ? (motivations et/ou freins)	(idem)	Motivation : facile à mettre en place, non délégué Freins : peu efficace, difficulté des postures lorsque la patiente a la péridurale
	Pratiquez-vous l'acupuncture pour aider à la rotation en variété antérieure ? Décrivez la technique utilisée. (Motivations / freins)	(idem)	Motivation : non délégué, facile à réaliser Freins : pas de DU d'acupuncture, pas d'acupuncture dans le service, ne connaît pas la technique, non efficace
	Pratiquez-vous d'autres méthodes ? Décrivez.		
EVOLUTION FORMATION	Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge au cours de votre carrière ? Si oui, comment se traduit-elle ?	Expérience ? compagnonnage ? formation ?	Plus d'expérience, plus de facilité. Aide des autres sages-femmes et de leur expérience Formation initiale, continue, stage.
	Pensez-vous nécessaire de recevoir des formations à ce sujet ? Pourquoi ?	Lors de votre formation initiale/continue ? Stage ?	Cours à l'école de sages-femmes, formation à l'hôpital, stage extérieur

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

CONNAISSANCES SUR LES VARIETES POSTERIEURES ET DIAGNOSTIC

1. Selon vous, est-ce important de diagnostiquer une variété ? Pourquoi ?
2. Connaissez-vous des facteurs de risque qu'un fœtus se mettent en position occipito-postérieure ? Lesquels sont-ils ?
3. Connaissez-vous des conséquences à un travail en variété postérieure et à un accouchement en OS ? Expliquez.
4. En dehors de votre examen clinique, y-a-t'il des éléments qui vous font suspecter une variété postérieure ?
5. Comment diagnostiquez-vous une variété ? (moment, technique etc...)
6. Rencontrez-vous des difficultés quant à ce diagnostic ? (décrivez). Que faites-vous dans ce cas ?

PRISE EN CHARGE DES VARIETES POSTERIEURES

4. Que faites-vous lorsque vous diagnostiquez une VP ? Décrivez

Relance : Si sage-femme interventionniste : quelle méthode ? A quel moment intervenir ? pourquoi être interventionniste ?

Si sage-femme dans l'expectative : pourquoi ? dans l'expectative jusqu'à quel moment ?

5. Sur quoi basez-vous votre prise en charge ? (formation scolaire, autres formations, empirisme, expérience)

6. Rencontrez-vous des difficultés dans votre prise en charge ? (décrivez). Que faites-vous dans ce cas ?

7. Racontez une expérience marquante où vous avez été confronté à une VP ou un accouchement en OS.

DESCRIPTION DES METHODES DE ROTATION

8. Pratiquez-vous la rotation manuelle ? Décrivez la/les techniques utilisées. Pourquoi ? (motivations et/ou vos freins)

9. Pratiquez-vous les postures maternelles pour aider la rotation de la tête fœtale ?
Décrivez la/les techniques utilisées ? (motivations et/ou freins)

10. Pratiquez-vous l'acupuncture pour aider à la rotation en variété antérieure ?
Décrivez la technique utilisée. (Motivations / freins)

11. Pratiquez-vous d'autres méthodes ? Décrivez.

EVOLUTION/FORMATION

12. Y a-t-il eu une évolution dans votre prise en charge au cours de votre carrière ? Si oui, comment se traduit-elle ?

13. Pensez-vous nécessaire de recevoir des formations à ce sujet ? Pourquoi ?

PROFIL :

14. Quel âge avez-vous ?

15. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

16. Combien d'années d'expérience avez-vous en salle de naissances ?

ANNEXE V : Exemple de 2 entretiens

Entretien avec une sage-femme du CH intercommunal de Créteil

- Selon toi, est-ce important de diagnostiquer une variété et pourquoi ? Et si cela ne l'est pas, pourquoi est-ce que ce n'est pas important ?

- Je le fais de manière systématique, dès que je peux, je sais que ce n'est pas forcément le cas de tout le monde, mais ça me permet de savoir un peu comment je vais positionner la dame pendant le travail.

- Y a-t-il des conséquences de certaines variétés ?

- Ça ne me pose pas de problème, en général en début de travail les bébés sont toujours en variétés postérieures et ils se tournent spontanément pendant le travail. Mais après ça ne me dérange pas, s'il descend bien en OS, ça ne me pose pas de problème.

- Selon toi, y a-t-il des éléments en dehors de ton examen clinique qui te feraient t'orienter sur une variété, en dehors de ton TV par exemple ?

- Il y a le côté du dos qui aide quand même pas mal

- C'est-à-dire ?

- En fonction du dos et du diamètre transverse on peut se douter dans quelle position se met le fœtus, sans forcément aller chercher les fontanelles. Donc, ça peut aider un peu. Et ça peut aider aussi pour l'expulsion pour savoir, si tu sais où se trouve le dos à l'avance, même s'il y a des fois des bébés qui font des ¾ de tours quasiment, tu sais pourquoi ils se tournent dans certaines positions.

- Et pour toi, y a-t-il d'autres éléments qui pourraient t'orienter, dans le dossier médical, des facteurs de risque par exemple ?

- Pas spécialement... Après, il y a aussi une chose, la manière dont les femmes ont mal avant la péridurale, souvent lorsque la douleur est plus dans le dos : c'est plus souvent des postérieures que des antérieures.

Sinon je ne vois rien d'autre.

- Comment diagnostiques-tu une variété ? Décris-moi les différentes étapes, tout ce que tu fais, à quel moment tu le fais, quelles techniques tu utilises...

- D'abord je regarde toujours où je pose mon monitoring pour avoir une idée de vers où je vais chercher le dos même si des fois tu te plantes dans ta variété. Et ensuite c'est principalement par le toucher vaginal

- A quel moment t'intéresses-tu à ton diagnostic ?

- Sur des déclenchements, j'aime bien le savoir tout de suite, car ça peut m'arriver de les changer de positions.

Sur un travail qui avance bien, je ne la cherche pas forcément, j'attends en général 6-7 cm pour les positionner à la fin, et aussi en fonction de la hauteur de la présentation, si elle est très haute c'est difficile de savoir la présentation mais en même temps ça peut aider parce que ça peut être justement la présentation qui fait que la tête soit haute.

- Est-ce que tu rencontres des difficultés quant à ton diagnostic ? Qu'est-ce que tu fais dans ce cas là ? Si jamais tu as du mal à trouver dans quelle position il se place ? Es-tu toujours sûre de toi ?

- Non je ne suis pas toujours sûre de moi. Ce n'est pas très fréquent mais plus on cherche tôt la présentation et plus c'est facile. Après quand il y a une grosse bosse, que ça a mis du temps, c'est plus compliqué et après il y a des fois où on ne sait plus dans quel sens on est ça peut arriver d'utiliser l'échographie mais ce n'est vraiment pas souvent. Ce sont les internes qui l'utilisent quand on les appelle parce que ça ne descend pas. Mais après personnellement, j'utilise rarement l'échographie.

- Tu n'appelles pas l'interne forcément si tu as un doute sur la présentation, à part s'il y a une stagnation ?

- Non, si ça avance je n'appelle pas l'interne même si j'ai un doute sur la présentation.

- Que fais-tu quand tu diagnostiques une variété postérieure ? Quelle est ta prise en charge ? Peux-tu me la décrire, selon les cas...

- Si c'est en début de travail et que c'est une gauche postérieure je vais installer la patiente, au début en tout cas, en gauche hyperfléchie. Après je peux utiliser le quatre pattes mais ça dépend comment la femme se mobilise parce que ce n'est pas toujours évident mais ça m'arrive régulièrement de le faire et j'essaye de la bouger la plus possible pendant le travail pour que le bébé puisse changer de position.

- Tu fais ça à quel moment ?

- Dès le début. Des fois quand c'est vraiment le tout début, même à deux doigts, je peux mettre la dame juste sur le côté gauche sans forcément que ce soit en hyperfléchi. Après quand ça arrive un peu plus tard dans le travail, si je n'ai pas fait le diagnostic parce que ça avançait très bien, ou si la femme était algique et qu'elle n'a pas de péridurale, je ne vais pas forcément chercher de manière importante la présentation. Si ça arrive plus tard c'est un peu les mêmes positions, même à dilatation complète on les met

en gauche hyperfléchie ou en droite, en fonction du sens de la présentation. Si elle est en gauche postérieure, c'est en gauche hyperfléchie. Si c'est en droite postérieure, c'est en droite hyperfléchie, c'est ce que je fais en tout cas.

- Sur quoi bases-tu ta prise en charge ? Par exemple, as-tu eu des formations à l'école ? Te bases-tu sur ton expérience ou des conseils d'autres sages-femmes ?

- J'ai eu la chance d'avoir une formation « Bernadette de Gasquet » à l'école en 3^e ou 4^e année. Et également dans nos études on parle beaucoup des positions par rapport à il y a 10 ou 15 ans, du coup ça aide. Après quand j'étais étudiante, je ne comprenais jamais dans quel sens il fallait positionner la patiente et ça je l'ai acquis avec l'expérience. Et j'ai refait une formation « Bernadette de Gasquet » l'année dernière qui m'a appris quelques petites choses très intéressantes. On arrive également à faire tourner les têtes en positionnant les femmes sur le dos en position bien hyperfléchie, position gynécologique avec les jambes en chasse-neige en basculant bien le bassin ce qui crée des appuis différents sur la tête et qui fait que ça l'aide à tourner.

La formation Bernadette de Gasquet est organisée par l'hôpital, beaucoup de sages-femmes, d'infirmières et d'aides-soignantes qui sont formées à ça, et qui nous aident à les positionner.

- Est-ce que tu rencontres parfois des difficultés pour les prendre en charge et que fais-tu dans ces cas-là ?

- Dans ce cas, on peut être amené parfois à faire des rotations manuelles. Après là où je travaille, souvent ce sont les internes qui les font ou les chefs. Certains chefs nous laissent faire, pas forcément tous. Je pense que c'est important qu'on sache le faire quand même.

- Donc les sages-femmes ne peuvent pas faire d'emblée la rotation manuelle ?

- Si. Mais si ça ne tourne pas on aime bien appeler, ou bien s'il y a des anomalies du rythme on est obligé d'appeler et on fait même des rotations manuelles au bloc opératoire s'il y a des anomalies du rythme assez importantes ; parce qu'on peut toujours avoir le cordon qui se coince quand on fait la rotation. Après des fois, ça arrive qu'on ait l'impression qu'il descend bien en OS mais qu'à un moment ça bloque, dans ce cas là, on doit utiliser les instruments pour les faire tourner, que ce soit les spatules ou les ventouses pour aider.

- A propos de l'accouchement en OS, ou du travail en variété postérieure, est-ce que tu penses qu'il y a des conséquences ? Ou est-ce que pour toi c'est pareil qu'un travail en variété antérieure ?

- Ce n'est pas tout à fait pareil, le bébé ne progresse pas de la même manière et ne se dégage pas de la même manière, mais après si ça avance bien en OS ou en VP et que le bébé descend bien, c'est que l'accouchement se passera bien en général. Si le travail est long, s'il y a des stagnations, qu'on utilise beaucoup d'ocytocine... ça peut être plus compliqué, et qu'on voit que le bébé a du mal à descendre dans le bassin, il y a alors je pense plus de risque de déchirure au niveau du périnée. Mais quand ça descend il n'y a pas de risque particulier. Je ne fais d'épisiotomie systématique sur les OS si ça descend bien. Si ça descend bien, je n'appelle pas l'interne pour le tourner. Mais si je vois que ça ne l'empêche pas de descendre, je n'essaye pas de le tourner non plus.

- Est-ce que tu as vécu une expérience marquante lors d'un travail en variété postérieure ou d'un accouchement en OS ?

- Je n'ai jamais eu de difficulté particulière. J'ai eu un bébé qui s'est tourné au petit couronnement, tout seul.

- Comme on l'a déjà abordé précédemment, par rapport à ta pratique des positions, est-ce que tu as des motivations particulières pour pratiquer cette méthode plutôt qu'autre chose ?

- Spontanément, je les mets en position gauche ou droite hyperfléchie. Mais je n'utilise pas directement le 4 pattes. C'est seulement si la position droite ou gauche hyperfléchie n'a pas fonctionné car ça demande une logistique un peu plus importante de les mettre à 4 pattes quand elles ont une péridurale. Au niveau des motivations, quand je fais des cours de PNP, je leur dis que c'est fondamental de bouger pendant le travail. Même si ce n'est pas une OS, je les positionne car ça aide quand même le travail à avancer. Et je trouve que ça marche.

- Est-ce que tu pratiques la rotation manuelle ? Quand tu la pratiques, quelle technique utilises-tu ? Pourquoi fais-tu une rotation, quels sont tes motivations et tes freins à la faire ?

- Je l'utilise en 2^e intention. C'est rare que j'en fasse parce que finalement il y en a un certain nombre qui se tourne. Quand on a besoin d'en faire c'est forcément à 8 cm de dilatation minimum, sinon il a tout le temps de se retourner dans un autre sens. Comme je n'en fais pas souvent, je ne suis pas trop à l'aise avec. J'en ai fait une récemment avec le chef qui m'a proposé de la faire et j'ai réussi. Mais moi en général, je n'appuie pas forcément sur les mâchoires, mais dans ce cas là, j'avais réussi à saisir l'occiput et le

repousser, avec toute ma main. Je ne touche pas aux fontanelles lors de la rotation. Des fois, quand j'essaye de voir si il tourne facilement, je peux la faire lors d'un toucher vaginal en utilisant que deux doigts en appuyant un peu sur la tête pour voir si des fois ça peut aider, mais ce n'est pas flagrant.

- Tu penses que ça fonctionne bien ?

- Oui ça peut bien marcher, mais il faut vraiment bien le faire au moment de pousser. Si jamais un bébé est confortable dans cette position, ça peut être difficile de le faire tourner d'autant plus que quand on fait une rotation manuelle, si le fœtus a un dos postérieur, il faut bien tout emmener en même temps et si on emmène juste la tête, le bébé peut se remettre spontanément dans l'autre sens.

- Pour toi, tes freins à la rotation manuelle, c'est donc que tu n'es pas trop à l'aise ?

- Je ne suis pas hyper à l'aise. Pour moi les positions c'est plus physiologique, on essaye de l'accompagner, ça semble plus logique. Les positions c'est plutôt un accompagnement alors que La rotation manuelle c'est un peu plus violent, une méthode plus forte.

- Est-ce que tu penses que ça peut avoir des conséquences de faire une rotation manuelle ?

- Je pense qu'en fonction de là où on appuie sur la tête oui, ça peut être douloureux pour le bébé, et même au niveau des muscles du cou, ça peut favoriser des élongations.

- Utilises-tu l'acupuncture ? As-tu un DU d'acupuncture ?

- Je n'ai pas du DU d'acupuncture. On n'a pas beaucoup de SF qui le sont, il y en a beaucoup qui vont se former cette année. On en a qu'une. Je pense que l'acupuncture peut jouer sur beaucoup de choses.

- As-tu d'autres méthodes pour la rotation des têtes ?

- Non.

- Est-ce que tu penses qu'il y a eu une évolution de ta prise en charge au cours de ta carrière ? Est-ce que tu faisais quelque chose d'autre par rapport à maintenant ?

- Non. Dès le début je les positionnais facilement les dames, peut être que je les positionne encore plus qu'avant parce que je prends de l'assurance sur autre chose, donc pour moi les positions c'est rapide à faire et comme plus ça marche, plus je les utilise. Je pense aussi que c'est justement le fait que ça fonctionne souvent avec les positions que

je ne fais pas de rotation manuelle et que je ne me sens pas à l'aise donc je n'ai pas beaucoup l'occasion de l'utiliser.

- Tu m'as dit que tu avais fait des formations à l'école et à l'hôpital. Dis-en moi plus ?

- Oui. On a également du matériel à notre disposition, des tables, des étrières, des cale-pieds, des barres, ce qui peut aider beaucoup pour installer les dames.

- Est-ce que tu penses que c'est important de recevoir des formations sur ce sujet ?

- Oui, je pense qu'il y a de plus en plus de SF qui utilisent les positions en salle de naissances donc les étudiantes peuvent déjà les voir un peu. Mais c'est important d'avoir une formation, pour expliquer vraiment la physiologie et de comprendre pourquoi on place la femme dans telle position quand le bébé est en postérieur et pas dans une autre. Et que c'est une logique finalement simple.

- Quel âge as-tu ?

- 28 ans

- En quelle année as-tu été diplômé ?

- 2011

- Combien d'années d'expérience as-tu en salle de naissances ?

- 4 ans

Entretien avec une sage-femme du CALM

- Est-ce que tu penses que c'est important de diagnostiquer une variété ?

- Non, pas pour moi, quand ça avance bien il ne faut pas. Je ne diagnostique pas les variétés quand le travail avance.

- Quels éléments pourraient te faire penser que c'est une présentation postérieure ?

- Les femmes ressentent en général très tôt des contractions dans les reins. Le travail est aussi souvent plus long alors que leur douleur est très forte.

- Est-ce que tu penses qu'il y a des facteurs de risque qu'un bébé se place en position postérieure ?

- Moi je pense d'abord aux femmes ayant déjà eu des antécédents d'accouchements en variété postérieure. Egalement celles ayant eu des accidents du bassin etc. Les petits bébés aussi des fois ils se positionnent très très mal, soit ils se positionnent super bien et ça va super vite soit c'est long et on peut se dire : c'est un petit bébé, c'est long : c'est une postérieure, ou une présentation mal fléchie, mais ça va de paire souvent.

- Qu'est-ce que tu fais quand tu penses que c'est une postérieure ?

- Je laisse faire.

- Est-ce que tu conseilles certaines choses aux femmes ? Des positions par exemple ?

- Parfois je trouve que d'être dans la décontraction ça peut les aider : faire un bain, ça permet de relâcher et de se détendre et ça permet aussi de relâcher à ce niveau là et la tête elle tourne, je trouve... Après pour les positions, elles s'y mettent spontanément, quand t'as pas de péri et que c'est une postérieure spontanément tu te mets à 4 pattes pratiquement. En fait je ne fais rien ! [rires]

- Sur quoi bases-tu cette prise en charge particulière ? Est-ce que tu as fait des formations ?

- J'ai fait la formation Bernadette de Gasquet.

- Et est-ce que ça te sert toujours du coup vu que tu laisses plutôt faire les dames ?

- Ca m'a servi surtout au début... La femme prend les positions qui lui conviennent à elle, il n'y a que la femme qui ressent ce qui se passe à l'intérieur avec son bébé, comment il se positionne et ce qui la soulage le mieux. Tu sais, il y a beaucoup de

femmes qui quand elles sont à l'écoute d'elles-mêmes elles peuvent presque te dire leur dilatation, donc finalement je n'ai même pas besoin de les examiner.

- Est-ce que tu as déjà eu des travaux ou accouchements en OS qui t'auraient marqué ?

- J'avais une 3^e pare qui avait accouché 2 fois de bébés de 4,500 kg même un de 4,800 kg sans diabète gestationnel, sans rien et très bien accouché, sans extraction instrumentale et pour cet accouchement, comme elle sentait qu'il y avait du stress de la part de l'équipe médicale, elle a dit que cette fois-ci elle ne voulait pas accoucher d'un 4,500 kg même si ça s'était bien passé, et elle a décidé du coup d'être déclenchée à 39 SA parce que c'était encore un gros bébé. Et c'était une femme qui avait un bassin tellement large, un corps fait pour avoir des gros bébés et du coup son bébé s'est présenté en face. C'était à la base une postérieure qui s'est défléchi en face. Donc on n'aurait pas spécialement dû la déclencher parce qu'elle a un bassin pour faire des 4,500kg.

- Est-ce que tu as fait d'autres formations par exemple de l'acupuncture, de l'homéopathie etc.... ?

- non

- Est-ce qu'il y a eu une évolution dans ta prise en charge ?

- Avant j'étais beaucoup plus interventionniste, je faisais des TV toutes les heures, on était assujettie à des protocoles. Je faisais des rotations aussi mais seulement au moment des efforts expulsifs, avant ça ne sert à rien, et s'il y a un défaut de progression parce que sinon il tourne à l'accouchement. Avant ça ne sert à rien car il retourne dans sa position initiale.

-Du coup, qu'est-ce que tu faisais avant que maintenant tu ne fais plus ?

- Les rotations, les TV. Et je suis plus dans l'observation en fait. Je travaille sur le fait de moins faire de touchers, parce que c'était mes repères avant. C'est comme pour les accouchements où on apprend pendant les études à faire des accouchements sur le dos et maintenant je vais les faire sur le côté ou à 4 pattes. Du coup, les repères changent. Quand elles ont des périss, je leur disais de se mettre sur le côté, puis d'essayer à 4 pattes etc.

Où je travaillais avant, il y avait déjà une grande écoute des femmes avec encore pas mal de femmes qui accouchaient sans péri. Ils prônaient beaucoup la physiologie.

- Et donc pour l'accouchement en OS, est-ce que tu conseilles une position ou est-ce que la femme s'y met spontanément ?

- Spontanément ! Elles se mettent d'elles-mêmes à 4 pattes souvent. Surtout quand il commence à sortir en OS, je ne fais rien. S'il commence à sortir comme ça, c'est qu'il a assez de place.

- Finalement, est-ce qu'il y a des femmes qui accouchent en OS dans votre établissement ?

- Il y en a ! Moi j'en n'ai pas eu, mais j'ai déjà entendu qu'il y en avait eu. Mais ici, il n'y en a pas beaucoup quand même !

- Comment expliques-tu cela ?

Je pense qu'il y a beaucoup de bébés qui se placent en variété postérieure mais que la mobilisation que les femmes ont, font qu'ils se tournent la plupart du temps, sauf si ce sont de très gros bébés... La plupart du temps, il fait sa rotation dans le bassin en même temps qu'il descend.

Il y a moins de tonicité au niveau musculaire, donc moins de possibilités de tourner car il y a moins d'appuis pour tourner, c'est pas du tout la même chose que sans péri ! C'est normal que pour 99% des sages-femmes qui travaillent à l'hôpital, avec globalement beaucoup de femmes sous péri, ce n'est pas du tout les mêmes prises en charge et pas du tout les mêmes conséquences !

Et puis la femme qui n'a pas de sensations ne va pas adapter sa position donc tu intervies et donc tu lui proposes des positions parce qu'elles ont une péri.

- Est-ce que tu penses qu'il serait nécessaire de faire des formations à ce sujet ou d'en parler plus à l'école par exemple ?

- Il y a la formation de Gasquet qui m'a pas mal servie au début. Mais c'était en fait plutôt pour mieux comprendre la physiologie.

- Quel âge as-tu ?

- 38 ans

- En quelle année as-tu été diplômée ?

- En 1999

- Combien d'années d'expérience en salle de naissances as-tu ?

- 16 ans

Efficacité de la tentative de rotation manuelle prophylactique des présentations céphaliques en variétés postérieures en deuxième phase du travail sur le taux d'accouchement opératoire (césarienne et extraction instrumentale) : étude prospective multicentrique comparative randomisée ouverte

PROPOP TRIAL

AORC Junior 2015

Dr Julie BLANC

PHC Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Nord



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



GYNÉPÔLE
MARSEILLE

Projet

- Etude **prospective multicentrique randomisée** ouverte de supériorité
- Rotation manuelle prophylactique des présentations céphaliques en variété postérieure versus abstention thérapeutique
- **Objectif**: diminution de 15% des accouchements opératoires (césariennes et extractions instrumentales)
- **5 centres**:
Hôpital Nord, Hôpital de La Conception, Hôpital l'Archet (Nice), Hôpital Sainte Musse (Toulon), Hôpital Saint Joseph
- **NSN: 200** patientes par groupe
- **2 années**

GLOSSAIRE :

CnGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

OIDA : Occipito-Iliaque Droite Antérieure

OIDP : Occipito-Iliaque Droite Postérieure

OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure

OIGP : Occipito-Iliaque Gauche Postérieure

OP : Occipito-Postérieure

OS : Occipito-Sacrée

VA : Variété Antérieure

VP : Variété Postérieure

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-femme

RESUME

Introduction : Les présentations céphaliques en variétés postérieures sont rencontrées dans environ 40% des travaux. Elles entraînent une morbidité obstétricale et maternelle non négligeable. Pour prévenir ces risques, les sages-femmes ont des méthodes de diagnostic et de prise en charge variées.

Matériel et méthode : L'objectif principal de cette étude était d'analyser les différentes techniques utilisées par les sages-femmes pour diagnostiquer et prendre en charge les variétés occipito-postérieures. Pour ce faire, nous avons interrogé quatorze sages-femmes de structures différentes sur leurs connaissances et leurs pratiques, lors d'entretiens semi-directifs.

Résultats : Les sages-femmes avaient des pratiques diverses face aux variétés postérieures. Elles posaient le diagnostic grâce aux touchers vaginaux et certaines se confortaient grâce à l'échographique. Les postures maternelles et la rotation manuelle étaient les méthodes de prise en charge principalement utilisées. Les sages-femmes de la maison de naissance adoptaient quand à elles, une attitude expectative.

Conclusion : Les sages-femmes hospitalières ont des pratiques semblables. L'utilisation des postures maternelles est la méthode plébiscitée tandis que la rotation manuelle est critiquée à l'unanimité. Notre étude a également permis de mettre en évidence un manque de connaissances et une prise en charge insuffisante des variétés postérieures.

Mots-clés : variété occipito-postérieure, sage-femme, diagnostic, postures maternelles, rotation manuelle

ABSTRACT

Introduction : Occiput posterior positions are found in about 40% of labours. They cause significant obstetric and maternal morbidity. To prevent those risks, midwives have varied methods of diagnosis and management.

Material and methods : The main objective of this study was to analyze the different techniques used by midwives to diagnose and manage the occiput posterior position. To do this, we interviewed fourteen midwives on their knowledge and practice during in-depth interviews.

Results : Midwives had various practices to face occiput posterior position. They made the diagnosis through vaginal examination. Some of them supported their assesement through ultrasound. Maternal postures and manual rotation were mainly used. In birthing centers, midwives adopt, for their part, expectant attitude.

Conclusion : Hospital midwives have similar practices. Mother postures are appreciated whereas manual rotation is criticized unanimously. Our study also allowed us to highlight a lack of knowledge and inadequate management of posterior position.

Keywords : occiput posterior position, midwives, diagnostic, maternal posturing, manual rotation

Nombre de pages : 63

Nombre d'annexes : 6

Références bibliographiques : 48