



HAL
open science

Diagnostic et prise en charge des variétés occipito-postérieures pendant le travail : pratiques des sages-femmes d'Auvergne

Manon Dumay

► To cite this version:

Manon Dumay. Diagnostic et prise en charge des variétés occipito- postérieures pendant le travail : pratiques des sages-femmes d'Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01826736

HAL Id: dumas-01826736

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826736v1>

Submitted on 29 Jun 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Diagnostic et prise en charge des variétés occipito-
postérieures pendant le travail :
Pratiques des sages-femmes d’Auvergne**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Manon DUMAY

Née le 05 novembre 1994

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Diagnostic et prise en charge des variétés occipito-
postérieures pendant le travail :
Pratiques des sages-femmes d’Auvergne**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Manon DUMAY

Née le 05 novembre 1994

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



A Madame Ines Parayre, enseignante sage-femme à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand : merci d'avoir accepté la direction de ce mémoire, merci pour votre aide et vos précieux conseils tout au long de ce travail.

A Mesdames les sages-femmes des maternités d'Auvergne et mesdames les sages-femmes libérales ayant répondu au questionnaire : merci pour la contribution apportée à ce travail.

A ma Suzon, qui me manque chaque jour un peu plus : j'espère que tu es fière de moi,

A mes amies de promotion : merci pour ces quatre folles années passées avec vous,

*Et enfin merci à ma famille, pour m'avoir soutenue tout au long de mes études
et sans qui rien n'aurait été possible...*

GLOSSAIRE

APD : Analgésie Péridurale

BIP : Diamètre Bipariétal

CU : Contraction Utérine

DC : Dilatation Complète

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DL : Décubitus Latéral

DS : Déroit Supérieur

OIDA : Occipito-Iliaque Droite Antérieure

OIDP : Occipito-Iliaque Droite Postérieure

OIDT : Occipito-Iliaque Droite Transverse

OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure

OIGP : Occipito-Iliaque Gauche Postérieure

OIGT : Occipito-Iliaque Gauche Transverse

OP : Occipito-Pubien

OS : Occipito-Sacré

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RM : Rotation Manuelle

SP : Symphyse Pubienne

TV : Toucher Vaginal

VP : Variété occipito-Postérieure

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	3
1. L'anatomie et la mécanique obstétricale	3
2. Les variétés occipito-postérieures.....	11
3. Attitudes et méthodes influençant la rotation des variétés occipito-postérieures....	20
POPULATION ET METHODE	28
1. L'étude et les objectifs	28
2. Population	29
3. Méthode	30
RESULTATS	34
1. Description de la population étudiée	34
2. Description des pratiques diagnostiques et interventionnelles des variétés postérieures au premier et au deuxième stade du travail d'accouchement.....	36
3. Comparaison des pratiques interventionnelles des sages-femmes entre la première et la seconde phase du travail en cas de variété postérieure	48
DISCUSSION	52
1. Limites et points forts de l'étude	52
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	53
3. Pratiques déclarées pendant la première phase du travail	54
4. Pratiques déclarées pendant la seconde phase du travail et comparées avec les pratiques déclarées pendant la première phase du travail	61
5. Projet d'action	64
CONCLUSION	66

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

La sage-femme a un rôle primordial en per-partum, elle est responsable de la parturiente et du fœtus au cours du travail et de l'accouchement. Elle est capable de prendre en charge intégralement le suivi du couple mère-fœtus dans le cadre de la physiologie et doit savoir dépister, diagnostiquer les dystocies et les corriger en collaboration avec l'obstétricien.

Régulièrement rencontrée en obstétrique, la variété de position occipito-postérieure est une présentation céphalique dans laquelle l'occiput est situé en regard du sinus sacro-iliaque sur l'un des deux diamètres oblique du détroit supérieur.

Les variétés postérieures sont classiquement associées à une augmentation de la morbidité maternelle, et néonatale. Il a été constaté notamment un allongement de la durée du travail, une augmentation du risque de déchirure périnéale ou d'extraction instrumentale ainsi qu'une augmentation du risque d'acidose à la naissance (1–3).

Pour améliorer le pronostic materno-fœtal, un diagnostic précoce et fiable de la variété de présentation occipito-postérieure doit être posé permettant ainsi aux sages-femmes d'intervenir et de proposer à la patiente des actions correctrices dont le but est de favoriser la rotation du fœtus en variété antérieure et un dégagement en occipito-pubien.

Dans la pratique professionnelle courante, le constat est que les pratiques de prise en charge diagnostique et interventionnelle des variétés postérieures pendant le travail sont très différentes d'un professionnel à l'autre.

D'une part, beaucoup de maternités ne possèdent pas de protocole spécifique concernant la prise en charge des variétés postérieures en salle de naissance.

D'autre part, la littérature a décrit plusieurs attitudes pour favoriser la rotation antérieure des variétés postérieures, mais il existe un défaut de consensus sur la prise en charge de ces variétés pendant le travail.

La réalisation de cette étude a pour objectif principal de décrire la prise en charge diagnostique et interventionnelle des variétés occipito-postérieures lors de la première phase du travail.

L'objectif secondaire est de comparer les pratiques de prise en charge interventionnelle lors de la première phase du travail avec les pratiques de prise en charge interventionnelle lors de la seconde phase du travail.

Pour faire état des données actuelles de la science concernant les variétés occipito-postérieures, il sera réalisé dans un premier temps une revue de la littérature.

Dans un deuxième temps, la méthodologie de la recherche sera décrite ainsi que les modalités de réalisation de l'étude.

Dans un troisième temps, les résultats de l'étude seront exposés. Ceux-ci seront ensuite discutés dans une dernière partie en les confrontant aux données scientifiques connues sur le sujet.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. L'anatomie et la mécanique obstétricale

1.1. Anatomie

Pour qu'un accouchement par voie basse soit possible, 3 éléments sont indispensables : le bassin maternel, l'utérus avec son rôle moteur, et le fœtus ou mobile fœtal.

Le fœtus doit progresser au travers du canal pelvi-génital maternel. Il s'agit de la confrontation céphalo-pelvienne, mettant en jeu le bassin maternel et le mobile fœtal.

1.1.1. Le bassin osseux

Le bassin osseux est constitué d'un élément central et postérieur qui est la colonne vertébrale fixe, formée par le sacrum et le coccyx, et de deux os pairs et symétriques, les os coxaux.

L'os coxal est issu de la fusion de trois os : l'ischium, l'ilium et le pubis. Chaque os coxal s'articule avec le sacrum latéralement, tandis que les deux os coxaux s'articulent entre eux en avant formant la symphyse pubienne (SP).

Le sacrum est composé de cinq vertèbres soudées entre elles. La première vertèbre sacrée s'articule avec la dernière vertèbre lombaire et la dernière s'articule avec le coccyx. Il est concave en avant.

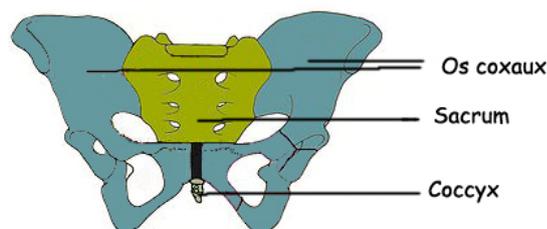


Figure 1 : Le bassin osseux (4)

Le coccyx est formé par la soudure de trois vertèbres, il s'articule à sa partie supérieure avec le sacrum. Il peut être refoulé en arrière lors de la descente du mobile fœtal dans le bassin, il s'agit de la rétropulsion du coccyx (4,5).

Le bassin obstétrical comprend un orifice d'entrée, le détroit supérieur (DS), un orifice de sortie, le détroit inférieur, ainsi que l'excavation pelvienne, située entre ces deux orifices (6).

Le détroit supérieur est limité en avant par le bord supérieur de la SP, latéralement par les lignes arquées et en arrière par le promontoire.

Sa forme est assimilable à un cœur de carte à jouer, ce qui nécessite que la présentation s'oriente dans un diamètre oblique pour que l'engagement soit possible.

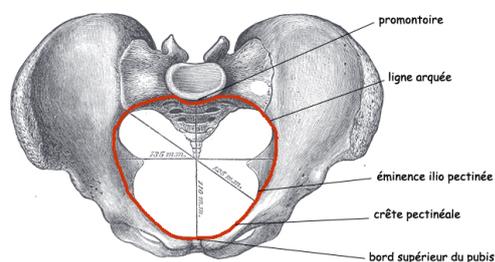
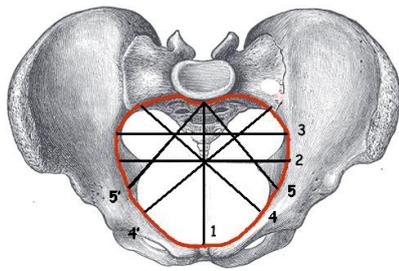


Figure 2 : Les limites du détroit supérieur (4)

Les principaux diamètres du détroit supérieur sont le Promonto-Rétro-Pubien, mesurant 10,5 à 11 cm, le transverse médian (12 cm à 12,5 cm), le transverse maximal (13,5 cm) ainsi que les diamètres obliques gauche et droit mesurant 12,5 cm à 13 cm.

La présentation fœtale, gênée par le promontoire, va alors s'engager dans un diamètre oblique droit ou gauche. Les diamètres obliques relient l'éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque opposée.



- 1 = Diamètre Promonto-Rétro-Pubien
- 2 = Diamètre Transverse médian
- 3 = Diamètre Transverse maximal
- 4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit

Figure 3 : Les diamètres du détroit supérieur (4)

Le détroit inférieur est un orifice ostéo-fibreux non régulier limité en avant par le bord inférieur de la SP, latéralement par les branches ischio-pubiennes et en arrière par la pointe du coccyx. Il se définit comme le plan de dégagement de la présentation. Pour que ce dégagement soit possible, la présentation doit s'orienter dans un diamètre antéro-postérieur (occipito-pubien ou occipito-sacré) (4,6).

L'excavation pelvienne est la région du bassin située entre le DS et le détroit inférieur. Elle représente un segment de cylindre courbe (segment de Tore), dans lequel s'effectue la descente et la rotation de la présentation.

L'excavation pelvienne présente au niveau de son tiers inférieur un rétrécissement, appelé détroit moyen, marqué par la saillie des épines sciatiques (4).

1.1.2. La présentation fœtale et les variétés de position

La présentation est la partie du fœtus qui se présente en premier au niveau du bassin maternel. Le fœtus peut se présenter par la tête (présentation céphalique), par le siège (présentation podalique) ou encore par l'épaule (présentation transverse).

Les présentations céphaliques représentent la majorité des présentations. Parmi celles-ci, il existe la présentation du sommet et les présentations de la tête défléchie (face, front et bregma).

La présentation du sommet correspond à une présentation de la tête fléchie, où le fœtus présente au niveau du bassin le sommet de son crâne. Le diamètre bipariétal de cette présentation mesure 9,5 cm.

La flexion de la tête est un paramètre essentiel car le diamètre antéro-postérieur de la présentation dépend du degré de flexion. Lorsque la tête est bien fléchie, le diamètre antéro-postérieur est le sous-occipito-bregmatique et mesure 9,5 cm. Si la flexion est imparfaite, le diamètre est le sous-occipito-frontal et peut mesurer jusqu'à 11 cm, ce qui est le cas des variétés postérieures.

Le repère de la présentation du sommet est l'occiput. Son orientation par rapport au bassin maternel définit la variété de présentation.

Quatre principales variétés de position peuvent être décrites en fonction de la position de l'occiput dans le bassin maternel, soit en avant vers la SP, soit en arrière vers les sinus sacro-iliaques.

Il existe tout d'abord la variété occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA) : le grand axe de la tête fœtale s'oriente dans le diamètre oblique gauche du bassin et l'occiput est orienté vers l'éminence ilio-pectinée gauche. Elle est la variété de présentation du sommet la plus fréquente puisqu'elle en représente 57 %.

La variété occipito-iliaque droite antérieure (OIDA) correspond au grand axe de la tête fœtale orienté dans le diamètre oblique droit du bassin avec l'occiput orienté vers l'éminence ilio-pectinée droite. Elle représente 4 % des variétés de position.

Il existe également la variété occipito-iliaque droite postérieure (OIDP), où le grand axe de la tête fœtale est orienté dans le diamètre oblique gauche du bassin maternel avec l'occiput en regard du sinus sacro-iliaque droit. Elle représente 33% des variétés de présentation du sommet.

Enfin, la variété occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) montre un grand axe de la tête fœtale orienté dans le diamètre oblique droit du bassin, l'occiput étant situé en regard du sinus sacro-iliaque gauche. Elle représente 6 % des variétés de position (6,7).

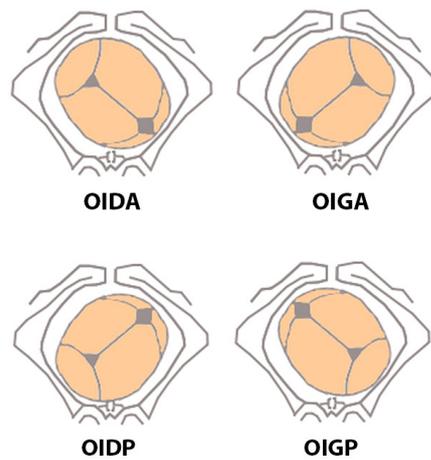


Figure 4 : Variétés de présentation (7)

Une nette prédominance des variétés de position occupant le diamètre gauche du bassin a pu être constatée, pouvant être expliquée par sa dimension légèrement supérieure par rapport au diamètre oblique droit, et par la dextro-position physiologique de l'utérus gravide (6).

Parfois, l'engagement peut se faire dans un diamètre transverse, on parle alors de variété occipito-iliaque gauche transverse (OIGT) ou occipito-iliaque droite transverse (OIDT).

1.2. La mécanique obstétricale des variétés occipito-postérieures

1.2.1. L'engagement

L'engagement se définit par le franchissement du DS par le plus grand diamètre de la présentation, une présentation est alors dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le DS.

Pour la présentation céphalique, il s'agit du plan passant par les 2 bosses pariétales : le diamètre bipariétal (BIP) (7).

La composante essentielle de l'engagement est la concordance entre l'axe de poussée utérine et l'axe de franchissement du DS.

L'accommodation de la tête fœtale au DS se fait grâce à son orientation oblique et à sa flexion. Elle peut également comprendre un asynclitisme et des déformations plastiques de la tête fœtale mais ces deux opérations ne sont pas obligatoires.

Dans le cas des variétés postérieures (VP), l'occiput est en regard du sinus sacro-iliaque, tandis que le front a une courbure qui s'adapte moins bien que celle de l'occiput à l'arc antérieur du bassin avec lequel il prend contact.

De plus, la flexion in utero du fœtus est moins bonne dans les VP du fait de la position du dos fœtal qui est en regard du rachis maternel. La convexité de celui-ci tend alors à défléchir la tête fœtale.

L'occiput, en regard du sinus sacro-iliaque, ne rencontre pas de point d'appui, la tête a alors tendance à se défléchir. La flexion de la tête fœtale est alors plus tardive et moins complète que dans les variétés antérieures (7).

Pendant le travail, la flexion incomplète est responsable d'une accommodation foeto-pelvienne moins bonne, ce qui entraîne fréquemment une dilatation plus longue et un œdème du col.

L'asynclitisme et les déformations plastiques sont fréquemment retrouvés dans les VP. Le chevauchement des pariétaux peut être considérable, la tête se trouve allongée verticalement de bas en haut. La formation d'une bosse séro-sanguine est également fréquente dans les VP (6).

1.2.2. Descente et rotation intra-pelvienne

La descente et la rotation de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne représentent le deuxième temps de la seconde phase du travail après l'engagement.

L'engagement est réalisé dans un axe oblique du bassin, le plus favorable. Cependant, le diamètre du dégagement, du fait de la forme générale de la fente périnéo-vulvaire et de la boutonnière uro-génitale, a un grand axe antéro-postérieur. La rotation dans l'excavation pelvienne est donc une nécessité anatomique pour faire coïncider le grand axe de la tête fœtale et le diamètre pubo-coccygien, pour permettre le dégagement.

Dans les variétés antérieures, la rotation effectuée est de 45° vers l'avant pour amener l'occiput sous la SP. La variété est alors occipito-pubienne (OP).

Les VP doivent effectuer une grande rotation de 135° vers l'avant pour amener l'occiput sous la SP. La grande majorité des variétés de position postérieures tourneront vers l'avant mais 2 à 3 % tournent au plus court vers l'arrière après une rotation de 45°. On parle alors de variété occipito-sacrée (OS) (7).

L'ampleur de la rotation des VP, associée souvent à une flexion moindre de la tête fœtale, explique que le travail soit plus long. La rotation peut se faire à des niveaux variables de la filière génitale (6).

Deux théories permettent d'expliquer la rotation des VP pendant le travail : la théorie thoracique et les théories céphaliques.

La théorie thoracique explique que la rotation de la tête est une conséquence des actions exercées sur le corps du fœtus dont elle est solidaire. Lorsque le sommet est engagé en occipito-postérieur, l'épaule postérieure du fœtus glisse sur le plan incliné lombo-iliaque, le dos tourne donc vers l'avant, la tête qui est solidaire suit. « Le tronc tourne, la tête suit » : il s'agit d'une bonne explication des rotations hautes (7).

Il existe deux théories céphaliques : « la tête tourne, le tronc suit ». La théorie du plancher pelvien de Varnier explique la rotation basse. Quand l'occiput prend contact par sa partie postérieure avec la carène des releveurs, il est poussé par la contraction utérine sur le plan incliné (vers le bas, vers l'avant et en dedans).

La théorie de l'appui pelvien de Jarrousse assimile le bassin à un cylindre creux et la tête fœtale à une sphère pleine contenue dans le cylindre. Le fœtus est poussé vers le bas par la contraction utérine (CU) ce qui incite la tête (sphère) à rentrer dans le bassin (cylindre) : l'occiput tourne vers l'avant (7).

1.2.3. Le dégagement

Il s'agit du troisième temps de la seconde phase du travail, après l'engagement, la descente et la rotation intra-pelvienne de la présentation. Il correspond au franchissement du détroit inférieur.

Le dégagement en variété occipito-pubienne (OP) représente 98% des présentations. Seulement 2 à 3 % des VP se dégageront en OS, ce sont les variétés postérieures persistantes.

Si la flexion est bonne, le diamètre de la présentation est le sous-occipito-frontal (11 cm). La partie antérieure de la grande fontanelle (bregma) va pivoter autour de la SP. La fontanelle bregmatique, le vertex, la petite fontanelle puis l'occiput apparaissent alors à la vulve pendant la flexion.

En revanche, si la flexion est incomplète, le diamètre de la présentation est l'occipito-frontal (environ 12 cm). La racine du nez pivote autour de la SP, puis le front, la grande fontanelle, le vertex, la petite fontanelle et l'occiput apparaissent à la vulve pendant la flexion.

Le sous-occiput, alors arrivé à la fourchette vulvaire, va constituer le deuxième point de pivot, permettant la déflexion de la tête pour dégager la face (7).

Le risque de lésions périnéales est plus important dans les VP, du fait d'un périnée plus distendu.

2. Les variétés occipito-postérieures

2.1. Définition et fréquence

En début de travail, la prévalence des variétés occipito-postérieures varie de 15% à 32% selon les études. L'engagement en VP représente 39 % des positions d'engagement.

La majorité de VP tourne vers l'avant et effectue ainsi une rotation de 135° vers l'avant pour se dégager en OP, tandis que certaines VP se dégagent en OS après une rotation de 45° vers l'arrière (8).

Les variétés postérieures persistantes ne sont pas clairement définies dans la littérature. Selon plusieurs études (3,9,10), elles pourraient être assimilées aux variétés de présentation restant postérieures lors de l'accouchement et se concluant par un dégagement en OS.

La prévalence des VP persistantes à l'accouchement est estimée entre cinq et huit pourcents (11).

2.2. Facteurs de risque

Une cohorte rétrospective publiée en 2006 par *Cheng et al* a mis en évidence plusieurs facteurs pouvant être associés à la présence d'une VP persistante. La taille de l'échantillon était de 30 839 : les parturientes présentant une VP persistante ont été comparées à celle présentant une variété antérieure.

Les facteurs retrouvés sont l'utilisation d'une analgésie péridurale (APD) et la rupture artificielle des membranes.

D'autre part, trois autres facteurs de risque ont été retrouvés : la nulliparité, l'ethnie afro-américaine ainsi qu'un poids de naissance supérieur à 4000g (12).

2.3. Etiologies

Certaines hypothèses ont été développées par des chercheurs pour tenter d'expliquer pourquoi certains fœtus se présentent en VP en fin de grossesse et en début de travail.

Une publication d'Andrews en 1980 expose les différentes hypothèses pouvant expliquer ce phénomène : la forme et la taille du bassin maternel, la localisation du placenta et les forces physiques (13).

Selon Torpin (14), lorsque le placenta est localisé sur la face antérieure de la paroi utérine, le fœtus est en position postérieure car la partie ventrale du fœtus fait toujours face au placenta du fait de sa forme. En effet, le placenta étant relativement compressible, et le dos étant une surface « lisse », cela pourrait altérer la circulation placentaire.

Le dos fœtal est la partie la plus lourde et la plus dense par rapport à la tête fœtale. La partie la plus lourde va alors se diriger vers le bas du fait de la gravité, ce qui explique que la position fœtale dépende de la position maternelle. Il a été noté, mais non documenté, que les positions fœtales antérieures sont plus fréquentes le soir car les mères sont en position verticale toute la journée, tandis que les positions postérieures sont plus fréquentes le matin car les mères ont été en position allongée pendant la nuit (13).

Sutton et Scott ont développé l'approche de la « position fœtale optimale » selon laquelle différentes positions maternelles en fin de grossesse pourraient favoriser la rotation du fœtus en position antérieure. Ces positions font varier l'inclinaison du bassin et utilisent la gravité. Cette théorie explique que certaines positions adoptées par la mère en fin de grossesse favoriseraient la rotation postérieure du fœtus (15).

Pendant le travail, la présentation occipito-postérieure semble causée par une anomalie de la rotation intra-pelvienne. En effet, toutes les présentations du sommet tournent vers l'avant pourvu qu'elles soient bien fléchies et que la contractilité utérine soit satisfaisante.

Dans le cas des variétés postérieures, il y a une déflexion de la tête fœtale qui peut empêcher sa rotation vers l'avant. Cette déflexion peut être expliquée par des contractions utérines insuffisantes, le moteur utérin est incapable d'exercer son rôle de pression et d'appui contre l'arc antérieur du bassin, favorisant normalement une flexion correcte de la tête fœtale.

Elle peut également être expliquée par une anomalie du « contenu » ou du « contenant » : une tête de petite taille par rapport l'excavation (petit poids d'âge gestationnel ou retard de croissance intra-utérin par exemple) ou un bassin large.

Lors de la rotation d'une présentation postérieure vers l'avant, le passage en transverse peut accentuer la déflexion de la tête fœtale par utilisation de l'espace vide, ce qui entraîne une désolidarisation tête-tronc, compliquant la poursuite de la rotation et le dégagement (7).

2.4. Complications

Les variétés postérieures persistantes sont associées à une augmentation des morbidités maternelle et néonatale.

2.4.1. Maternelles

Diverses études ont montré que les VP persistantes étaient associées à une durée du travail plus longue (première et deuxième phases du travail prolongées) contribuant à un épuisement maternel et fœtal et à une augmentation de la fréquence des déchirures périnéales du 3ème et du 4ème degré (atteinte du sphincter et/ou de la muqueuse anale) (16). Le risque de troubles du sphincter anal est multiplié par sept en cas de variété postérieure persistante selon Fitzpatrick (1).

Les taux de césarienne et d'extractions instrumentales (utilisation de ventouse et/ou forceps) sont augmentés : le risque de césarienne pour les fœtus se présentant en VP est multiplié par 2 par rapport aux variétés occipito-antérieures, de même qu'il y a 5,8 fois plus de risques d'extraction instrumentale par forceps chez la primipare selon Boog (17).

Lors d'une césarienne sur une VP, il a été rapporté une augmentation du risque d'extension de l'incision sous forme d'une déchirure étendue du segment inférieur. Ce risque serait multiplié par 2 par rapport aux variétés antérieures (16,17).

Les VP sont également associées à plus de dystocies dynamiques, ce qui entraîne une augmentation des doses d'ocytocine. En effet, selon une étude réalisée par Sizer et al., les doses d'ocytocine utilisées pendant le travail sont significativement plus élevées en cas de variété postérieure (OR=1.44, $p<0,001$) (18).

Le taux d'épisiotomie est augmenté selon une étude cas-témoin publiée par Zabéo et al. (19). Dans cette étude, il a été noté 27% d'épisiotomies dans le groupe OP et versus 52% dans le groupe des OS, il y a donc plus d'épisiotomies en cas de variété postérieure, cette différence étant statistiquement significative ($p<0,001$).

Selon une méta-analyse publiée par Phipps en 2014, parmi les risques maternels liés à un accouchement en OS, il existe une augmentation du risque d'hémorragie du post-partum, ainsi qu'une augmentation du risque de chorioamniotite et d'infection dans le post-partum (11).

2.4.2. Néonatales

La présentation postérieure persistante est également associée à une augmentation significative des risques néonataux (comparativement aux fœtus nés en OP).

En 2003, une étude de cohorte de Ponkey et al. a comparé sur un échantillon de 6434 parturientes celles ayant accouché en OP et celles ayant accouché en OS. Le score d'Apgar à 1 minute des nouveau-nés nés en OS est significativement inférieur par rapport à ceux nés en OP (3).

Il existe une augmentation du risque de liquide amniotique méconial et d'état d'acidose à la naissance.

Les traumatismes obstétricaux sont plus nombreux, les transferts en néonatalogie sont augmentés et la variété de position occipito-postérieure est un facteur de risque d'encéphalopathie anoxo-ischémique du nouveau-né (11,16).

2.5. Diagnostic

2.5.1. Le palper abdominal : manœuvre de Léopold

La manœuvre de Léopold consiste à rechercher la présentation du fœtus en plaçant dans un premier temps une main sur le fond utérin et une main au dessus de la SP, permettant ainsi de repérer le pôle céphalique (rond, dur et régulier) et le siège (masse molle et irrégulière à la palpation).

Dans un deuxième temps, les mains sont placées sur les faces latérales de l'utérus pour déterminer la position du dos fœtal. Une main ressent le plan dur et convexe du dos tandis que l'autre main palpe une surface plus irrégulière qui correspond aux mains et pieds.

Dans un troisième temps, les deux mains sont placées de part et d'autre du pôle céphalique, au dessus de la SP (en cas de présentation céphalique), pour rechercher son orientation et sa mobilisation qui est indépendante et le désolidarise du reste du corps fœtal tandis qu'un mouvement imprimé au siège sera transmis au reste du corps fœtal (5).

La détermination de la variété de présentation par le palper abdominal n'est pas aisée et requiert une grande dextérité clinique et de bonnes conditions locales (paroi peu épaisse).

En pratique, le palper abdominal n'est pas utilisé en première intention pour diagnostiquer une variété occipito-postérieure.

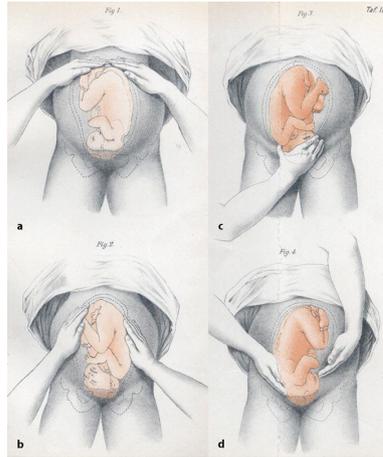


Figure 5 : Leopold und Spörlin (1894)

Die Leitung der regelmäßigen Geburt nur durch äußere Untersuchung. Arch Gynäkol 45: 337–368

2.5.2. Le toucher vaginal

Le diagnostic de la variété de position par le toucher vaginal (TV) consiste à repérer l'axe de la présentation en suivant du doigt la suture sagittale dans le diamètre oblique droit ou gauche du DS.

L'orientation antéro-postérieure sera précisée en localisant le repère de la présentation du sommet, l'occiput, grâce à la petite fontanelle (Lambda). Selon la position de la fontanelle, la variété de présentation sera ainsi déterminée.

Le TV permet également d'apprécier le degré de flexion de la tête fœtale et d'inclinaison latérale (asynclitisme).

Lorsque la tête fœtale est bien fléchie, il n'est possible de repérer que la petite fontanelle. En revanche, si la flexion est moins bonne, la grande fontanelle (bregma) peut être ressentie (6).

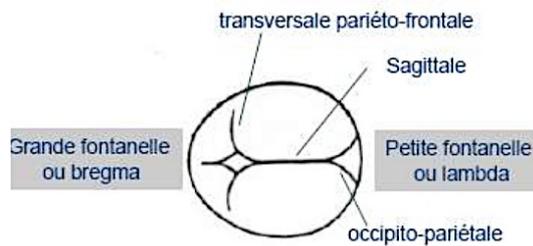


Figure 6 : Sutures et fontanelles du crâne fœtal (6)

2.5.3. Le diagnostic échographique

L'échographie en salle de naissance peut être utilisée pour diagnostiquer la variété de présentation d'emblée ou en cas de doute après l'examen clinique.

Le diagnostic d'une VP est particulièrement difficile du fait de la flexion imparfaite de la tête fœtale qui peut faire confondre avec une variété antérieure mal fléchie, et par l'existence fréquente d'une bosse séro-sanguine.

La visualisation des globes oculaires à l'échographie permet d'affirmer le diagnostic de VP. En cas d'absence, il s'agit d'une variété antérieure (7).

Plusieurs études ont été menées pour évaluer l'intérêt du diagnostic échographique en complément du TV pendant le travail.

Selon une revue de la littérature publiée par Simkin en 2010, l'échographie est actuellement le moyen le plus fiable pour diagnostiquer une VP pendant le travail et permet de diminuer les interventions inappropriées (15).

D'après une étude observationnelle descriptive transversale d'Akmal et al publiée en 2009, le TV seul pendant le travail ne permet pas d'identifier correctement la position fœtale dans la majorité des cas (20). L'échantillon était de 496 grossesses singletons, la position fœtale a été déterminée par le TV puis immédiatement vérifiée par échographie. La détermination de la position fœtale par le TV a échoué dans 33,5% des cas. Les résultats en terme de détermination de la position fœtale entre le TV et l'échographie sont corrélés dans seulement 49,4% des cas.

En 2005, Dupuis et al ont montré dans une étude de cohorte que dans 50% des cas, le diagnostic échographique et le diagnostic clinique (TV) d'une présentation étaient significativement différents en cas de VP. Sur un échantillon de 110 patientes, l'étude a montré que dans 20% des cas, le diagnostic de présentation par le TV et par l'échographie est significativement différent. L'étude a conclu que l'échographie est un moyen simple, rapide et efficace pour améliorer le diagnostic de présentation lors de la deuxième phase du travail (21).

L'échographie utilisée en complément du TV pendant le travail permettrait une amélioration significative du diagnostic de présentation (22).

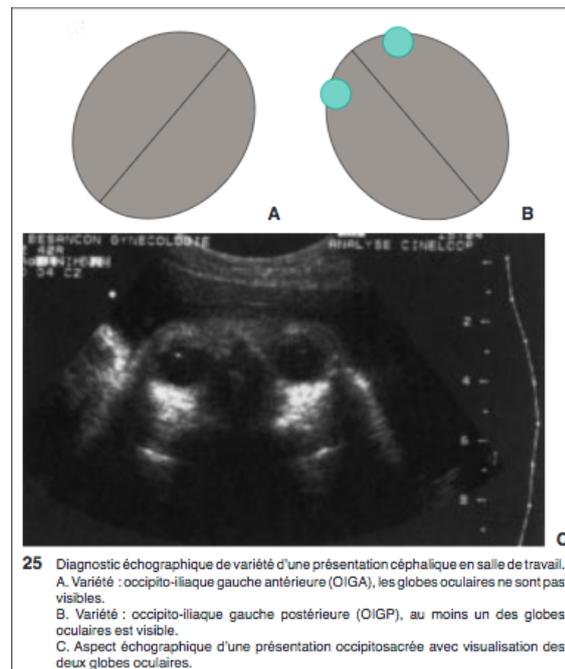


Figure 7 : Diagnostic échographique d'une variété occipito-postérieure (23)

2.6. Intérêt du diagnostic

Le diagnostic d'une VP persistante est fondamental (7). Il s'agit d'une variété postérieure se dégageant en OS. La définition du caractère persistant d'une variété postérieure se fait donc a posteriori (après l'accouchement).

D'une part, le diagnostic permet de prévenir le risque périnéal. Le risque de déchirure périnéale est majoré, du fait d'une distension du périnée plus importante.

En effet, dans les VP, le grand axe de la présentation est représenté par le diamètre occipito-frontal, mesurant 11 cm. Celui-ci est donc plus élevé que le diamètre sous-occipito-bregmatique (9,5 cm) dans les variétés antérieures. Cela explique donc une plus grande distension du périnée. Dans ce cas d'expulsion en OS, l'épisiotomie doit être d'indication large pour prévenir le risque de déchirure grave.

D'autre part, la reconnaissance du caractère postérieur persistant de la variété de position est importante lorsqu'une extraction instrumentale s'avère nécessaire.

Les arrêts de progression et les défauts de rotation étant fréquents, la décision d'une extraction instrumentale peut être prise.

Il est alors important de connaître la variété de présentation pour l'utilisation des instruments (ventouse, forceps).

3. Attitudes et méthodes influençant la rotation des variétés occipito-postérieures

3.1. Expectative

La littérature a montré que la plupart des variétés occipito-postérieures tourneront vers l'avant pour se dégager en OP. Ceci peut expliquer l'attitude expectative de certains professionnels (24).

D'autre part, dans de nombreux centres, il n'existe pas de protocole spécifique pour la prise en charge des VP pendant le travail (8).

3.2. Techniques posturales

Les postures maternelles pour la rotation des variétés occipito-postérieures représentent un intérêt grandissant en France. Elles paraissent intéressantes car non-invasives et théoriquement inoffensives pour le fœtus (25).

De nombreuses études ont été réalisées sur le lien entre les postures maternelles et les variétés de présentation occipito-postérieures.

En 2010, Simkin a réalisé un état des connaissances scientifiques sur la variété de présentation occipito-postérieure. Selon lui, de nombreuses connaissances empiriques et conseils ont été développés grâce à l'observation et au sens commun des professionnels (15).

Grâce à l'analyse de deux revues publiées par la Cochrane (26,27), Simkin a conclu que les positions verticales et la déambulation montrant un temps de travail plus court peuvent être associées en partie à une réduction des VP.

En se basant sur l'état actuel des connaissances décrites dans sa revue, Simkin propose des approches pour la gestion du travail lorsque le diagnostic de variété de présentation occipito-postérieure est posé.

Il propose d'une part d'encourager et d'apprendre à la parturiente des mouvements, positions et techniques à utiliser pendant le travail pour varier les effets de la pesanteur et les dimensions du bassin. D'autre part, grâce aux données échographiques sur la position fœtale, il propose d'utiliser des positions asymétriques et d'évaluer leur efficacité.

Selon Anderson (1999), en l'absence de preuves de dangerosité des postures maternelles pour la femme et son bébé, ces approches peuvent être incorporées dans la pratique des sages-femmes (28).

3.2.1. Position « à quatre-pattes »

La position dite « à quatre-pattes » a fait l'objet de plusieurs études pour tenter de prouver son efficacité dans la rotation antérieure des VP.

En 1991, une revue de quatre cas a été réalisée par Biancuzzo. L'objectif était de démontrer comment la posture maternelle peut favoriser la rotation et l'accouchement spontanés du fœtus. La taille de l'échantillon est de quatre femmes enceintes à terme. Les résultats montrent que dans les deux cas où la posture à « quatre pattes » a été adoptée, la rotation en occipito-antérieure a été spontanée. Au contraire, les deux autres parturientes qui n'ont pas adopté la position ont accouché en OS, une parturiente par césarienne et l'autre par ventouse. Selon l'auteure, la posture à « quatre-pattes » facilite la rotation fœtale et diminue la nécessité d'interventions médicales et les complications maternelles induites par un accouchement difficile. Les sages-femmes devraient proposer cette intervention non coûteuse pour promouvoir le confort maternel et améliorer les forces du travail (29). Cependant, la taille de l'échantillon étant faible, les conclusions peuvent être remises en cause.

Une étude de Stremmler en 2005 a évalué l'effet de la position maternelle à quatre-pattes sur la rotation antérieure des VP et sur les douleurs lombaires. L'échantillon était composé de 147 parturientes : 70 ont été randomisées dans le groupe intervention et 77 dans le groupe contrôle. Le groupe « intervention » devait garder cette position pendant une période d'au moins 30 minutes pendant le travail. Cette étude

a montré une réduction significative des douleurs lombaires. En revanche, elle n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes sur la réduction des VP.

Les auteurs évoquent la possibilité que la position pourrait être gardée plus longtemps pour prouver son efficacité sur la rotation. La conclusion de cette étude est que la position est bien acceptée des parturientes pendant le travail, et qu'il n'existe aucune preuve du danger de son utilisation. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si la position à quatre-pattes facilite la rotation de la tête fœtale et réduit les accouchements instrumentaux (30).

Une revue a été publiée par la Cochrane, son objectif était d'évaluer les effets de l'adoption de la posture maternelle à quatre-pattes pendant le travail en cas de malposition fœtale (latérale ou postérieure), en comparaison avec l'absence d'intervention. Trois essais randomisés ont été inclus soit 2794 femmes. La Cochrane a conclu que l'utilisation de cette position durant le travail était associée à une réduction significative des douleurs lombaires. Des essais supplémentaires seront nécessaires pour évaluer les effets sur d'autres critères de résultat du travail (27).

Actuellement, il n'existe aucune preuve que la position à quatre-pattes pendant la grossesse ou le travail favorise la rotation des fœtus en position occipito-postérieure (10).

3.2.2. Le décubitus latéral

De nombreuses études ont évalué l'effet du décubitus latéral (DL) sur la rotation des VP pendant le travail. Deux principales positions ont été étudiées et comparées : le DL du même côté que le dos fœtal et le DL du côté opposé au dos fœtal.

Une étude cas-témoins chinoise a été menée en 1997 pour évaluer l'effet de la position « décubitus latéral » sur la rotation des VP en position antérieure sur un échantillon de 240 femmes enceintes. Les résultats de cette étude montrent une différence significative entre les deux groupes étudiés puisque le groupe intervention (DL) constate un plus grand nombre de rotations en antérieur et d'accouchement par voie basse par rapport au groupe témoin (autre position).

La conclusion de cette étude est que le DL est une méthode efficace pour corriger une variété postérieure. La dystocie liée aux VP peut être réduite autant que le taux de césariennes. Il s'agit d'une méthode simple et efficace, et qui peut être utilisée dans la plupart des centres hospitaliers (31).

Une deuxième étude cas-témoin chinoise a été réalisée en 2001 pour comparer le DL du même côté que le dos fœtal et le DL du côté opposé au dos fœtal sur un échantillon composé de 100 femmes enceintes. Le groupe A était constitué de femmes en travail adoptant la position latérale du même côté que le dos fœtal, et a été comparé au groupe B constitué de femmes en travail adoptant le DL du côté opposé au dos fœtal. Les résultats montrent un taux de rotations significativement supérieur dans le groupe A par rapport au groupe B (respectivement 54 % contre 24 %). Les auteurs concluent que la position allongée du même côté que le dos fœtal pour corriger les VP en position antérieure est une méthode efficace. Elle permet d'augmenter le taux d'accouchement par voie basse et de diminuer la première phase du travail (32).

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, la position DL du même côté que le dos fœtal permettrait de favoriser la rotation antérieure des VP (33). Ceci a été souligné dans la revue de Ridley qui a analysé deux études randomisées chinoises (16).

Pour mettre en œuvre cette position, la patiente doit être allongée sur le côté, presque sur le ventre, la jambe opposée au côté choisi fléchie, afin d'éliminer la cambrure du rachis maternel et d'aligner l'axe d'engagement, et positionnée sur l'étrier ou sur un coussin. L'autre jambe doit être bien tendue.

3.2.3. Autres positions

D'autres positions ont été décrites pour favoriser la rotation des VP. Le Docteur Bernadette de Gasquet a décrit des positions équivalentes à la position « à quatre-pattes » qui faciliterait la rotation des VP. Selon elle, ces présentations entraînent souvent des douleurs sacro-iliaques au cours du travail, les femmes recherchent donc des positions antalgiques et se posturent naturellement à quatre-pattes. Le choix de cette position serait cohérent avec la mécanique puisque le fait de mettre l'abdomen dans le vide permettrait par la pesanteur d'entraîner le dos du fœtus vers l'avant.

Elle décrit notamment une position maternelle qu'elle nomme « quatre pattes aménagé », c'est-à-dire en appui sur les genoux, le buste penché en avant et le dos en étirement. Adopter cette position pendant un minimum de 10 minutes durant la phase de dilation cervicale provoquerait la version fœtale en présentation antérieure quasiment immédiatement.

Cette position de base comporte plusieurs variantes, permettant ainsi à la femme de choisir celle qui lui convient le mieux (24).

Toutefois, ces positions ont un inconvénient relatif qui est de faire suivre tout le matériel de surveillance médicale pour la mère (perfusion, péridurale, tensiomètre électronique, scope) et le fœtus (monitoring) sans nuire à son fonctionnement.

3.3. La rotation manuelle

La technique de rotation manuelle (RM), relativement simple, a été décrite par Tarnier et Chantreuil. La patiente est placée en position gynécologique, la vessie doit être vide. La main utilisée par l'opérateur varie selon la variété de présentation : la main droite prend appui en arrière de l'oreille fœtale droite pour une variété OIGP, tandis que la main gauche prend appui en arrière de l'oreille gauche pour une variété OIDP.

Lors d'une contraction ou d'un effort de poussée, l'opérateur imprime un mouvement de rotation vers l'avant, en direction de la SP, à la tête fœtale afin d'amener l'occiput en regard de l'arc antérieur du bassin maternel. La manœuvre doit être ferme mais sans violence (34,35).

Plusieurs tentatives peuvent être réalisées, mais il convient de limiter le nombre à trois au maximum. En effet, au-delà de trois tentatives, les chances de réussite sont quasiment nulles selon une étude cas-témoin de Le Ray et al (36).

D'après cette même étude, le taux de succès serait plus important si la RM est réalisée à dilatation complète (DC). Toutefois, la RM peut être tentée à partir de sept cm de dilatation selon Tarnier et Chantreuil, notamment s'il existe des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Dans une étude de cohorte menée par Reichman en 2008, l'objectif était d'évaluer l'efficacité de la RM en comparant deux groupes de femmes pendant la deuxième phase du travail avec une présentation engagée en VP. L'échantillon était composé de 61 femmes enceintes. Dans le groupe I, aucune intervention n'a été réalisée et dans le groupe II a été réalisé une RM.

Les résultats montrent une rotation en position antérieure chez 15% des fœtus du groupe I contre 93% dans le groupe II. Le taux de césariennes était de 23% dans le groupe I contre 0% dans le groupe II. Ces différences sont statistiquement significatives.

La conclusion de cette étude est que la RM des VP permet de réduire le taux de césariennes et d'extractions instrumentales (37).

Une étude de cohorte similaire a été menée par Shaffer en 2011, comparant deux groupes de femmes avec un fœtus en position occipito-postérieure pendant la deuxième phase du travail. Un groupe a eu une rotation manuelle (n=731), l'autre groupe (n=2527) n'a eu aucune intervention (expectative).

Les résultats montrent une réduction significative du taux de césarienne ainsi qu'une réduction de la morbidité maternelle (38).

Selon le Collège national des gynécologues obstétriciens français, la RM des VP en antérieures pourrait réduire le nombre d'extractions (grade C).

Cependant, la Cochrane a conclu par une méta-analyse qu'il n'y avait pas assez de preuves pour affirmer l'efficacité de la RM pour la correction des VP lors de la deuxième phase du travail (11).

La sage-femme doit être capable de pratiquer les manœuvres obstétricales (39). Elle est donc autorisée à réaliser la RM des VP.

3.4. L'utilisation d'ocytocine

Une variété occipito-postérieure peut être expliquée par une hypokinésie de fréquence ou d'intensité. Dans ce cas, le moteur utérin est dynamisé grâce aux ocytociques pour faciliter l'accommodation fœto-pelvienne (8).

L'ocytocine permet de renforcer les CU, notamment grâce au Syntocinon®.

3.5. Analgésie péridurale

L'association entre l'APD et les VP a été étudiée en 2005 par Lieberman et al. Deux groupes de femmes ont été comparés (échantillon de 1562 femmes), un groupe ayant bénéficié d'une APD (groupe APD), l'autre n'en ayant pas bénéficié (groupe sans APD). La position fœtale a été déterminée par échographie à l'inclusion dans chaque groupe, après la pose d'une APD pour le groupe APD, quatre heures après la première échographie pour le groupe sans APD, et à la fin du travail (après 8 cm de dilatation) pour les deux groupes.

Les résultats montrent que dans le groupe APD, il y avait plus de fœtus en VP à l'accouchement que dans le groupe sans APD (respectivement 12,9% contre 3,3%), cette différence étant statistiquement significative ($p = 0,002$).

La conclusion de cette étude est que l'APD est associée à une diminution du taux d'accouchement par voie basse spontanée en cas de VP (40).

De plus, selon le Royal College Of Midwifery, la pose précoce d'une APD n'est pas recommandée en cas de VP persistante (10).

3.6. Méthodes alternatives : l'acupuncture

D'autres méthodes peuvent être utilisées pour favoriser la rotation des VP pendant le travail, notamment l'acupuncture.

L'acupuncture est une discipline d'origine chinoise consistant à introduire sous la peau des aiguilles métalliques pleines en certains points précis du corps situés le long de méridiens, où circule l'énergie vitale. La piqûre a pour but de régler le fonctionnement des organes entre eux.

Dans le cas des VP, cette technique permettrait d'assouplir le col utérin, régulariser les contractions et favoriser la rotation du fœtus (méridiens de la vessie et du foie) (5).

Aucune étude n'a été retrouvée pour étudier le lien entre l'acupuncture et la rotation antérieure des VP.

POPULATION ET METHODE

1. L'étude et les objectifs

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale multicentrique (au sein des maternités volontaires d'Auvergne) à visée descriptive (volet 1) et à visée étiologique (volet 2).

1.2. Durée de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de quatre mois, d'octobre 2016 à janvier 2017. Cette période a été nécessaire pour la diffusion des questionnaires auprès des sages-femmes ainsi que leur récupération dans les maternités participantes.

1.3. Lieux de l'étude

L'étude a été réalisée au sein des maternités volontaires situées en Auvergne.

L'étude a été proposée, acceptée et réalisée dans trois maternités de type un, six maternités de type deux et une maternité de type trois.

Parmi les maternités participant à l'étude, une était une maternité privée. Les neuf autres maternités étaient publiques.

1.4. Objectifs de l'étude

1.4.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de décrire la prise en charge diagnostique et interventionnelle des variétés postérieures lors de la première phase du travail.

1.4.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact du stade du travail (première ou deuxième phase du travail) sur les pratiques de prise en charge interventionnelle des variétés postérieures.

2. Population

2.1. Population cible

Les sages-femmes travaillant en salle de naissance au sein des maternités d'Auvergne constituaient la population cible de l'étude.

2.2. Population source

2.2.1. Critères d'inclusion

Les sages-femmes interrogées devaient avoir une activité en salle de naissance (à temps complet ou à temps partiel).

2.2.2. Critères d'exclusion

Les sages-femmes n'ayant pas d'activité en salle de naissance ont été exclues de l'étude :

- Sages-femmes coordinatrices
- Sages-femmes libérales sans activité clinique en salle de naissance
- Sages-femmes travaillant exclusivement au bloc de césariennes, en suites de couches ou en consultations
- Sages-femmes de nurserie
- Sages-femmes ne parlant pas le français

3. Méthode

3.1. Recueil des données

3.1.1. Les critères évalués

Le critère de jugement principal correspondait à la mesure de prévalence des pratiques déclarées par les sages-femmes pendant la première phase du travail (critère de jugement composite) :

- Pourcentage des sages-femmes utilisant le diagnostic clinique puis l'échographie en cas de doute clinique
- Pourcentage d'utilisation des postures maternelles
- Pourcentage d'utilisation de la rotation manuelle
- Pourcentage d'utilisation de l'ocytocine.

Le critère de jugement secondaire était la mesure de prévalence des pratiques déclarées par les sages-femmes lors de la seconde phase du travail.

3.1.2. Mode de recueil des données et circuit des données

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire anonyme auto-administré, distribué aux sages-femmes des maternités volontaires d'Auvergne.

Les sages-femmes coordinatrices des maternités d'Auvergne ont contactées par téléphone ou par mail pour une explication de l'étude et de ses objectifs.

L'ensemble des sages-femmes coordinatrices des maternités d'Auvergne a accepté de participer à l'étude. Elles ont transmis un email explicatif aux sages-femmes travaillant dans la maternité et/ou ont distribué les questionnaires en salle de naissance.

L'email envoyé contenait une introduction informant la sage-femme de l'étude et de ses objectifs, puis une invitation à participer à l'étude de manière anonyme en répondant à un questionnaire manuscrit distribué des les maternités.

Les questionnaires ont été récupérés dans chaque maternité pour le stockage et la saisie des données. Le recueil des données a débuté le 01 octobre 2016 et a pris fin le 31 janvier 2017.

3.1.3. Le codage et la saisie des données

Les données, générées par les réponses des sages-femmes aux questionnaires, ont été codées de façon binaire (0/1) lorsque la question était fermée. Lorsque la question était à réponse multiple, le codage était numérique (0,1,2, etc...).

Les données ont ensuite été saisies et enregistrées sous forme d'une feuille de calcul Excel®.

3.1.4. Le contrôle qualité des données

Pour contrôler la qualité des données saisies dans le tableur Excel®, un double contrôle a été réalisé. Un premier contrôle a été réalisé au moment du codage et de la saisie de chaque réponse dans le tableur.

Un deuxième contrôle a été effectué à la fin de chaque questionnaire où une relecture des réponses saisies et leur correspondance avec le codage informatique a été vérifiée.

3.2. L'analyse des données

Dans cette étude, l'objectif secondaire est de comparer les pratiques diagnostiques et interventionnelles pendant la première phase du travail avec les pratiques pendant la deuxième phase du travail.

Les groupes comparés sont : « pratiques diagnostiques et interventionnelles pendant la première phase du travail » et « pratiques diagnostiques et interventionnelles pendant la deuxième phase du travail ».

Pour répondre à l'objectif secondaire, des variables qualitatives ont été comparées. Le test utilisé est le test du Chi² ou le test exact de Fisher. La valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel BiostaTGV®.

3.3. Aspects éthiques et réglementaires

3.3.1. Avis de comités consultatifs

Aucune déclaration n'a été réalisée auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) ni auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans la mesure où il s'agit d'une étude réalisée auprès de professionnels de

santé exerçant dans des sites différents à partir d'un questionnaire composé des questions fermées et ne comportant pas de données sensibles, ni de données nominatives. Leur avis n'était donc pas nécessaire.

3.3.2. Information et consentement

Les sages-femmes coordinatrices de chaque maternité d'Auvergne ont été contactées pour présenter l'étude et ses objectifs et obtenir un accord de diffusion des questionnaires auprès des sages-femmes.

L'ensemble des maternités d'Auvergne a accepté la participation à l'étude et l'accord écrit de diffusion des questionnaires a été obtenu par la sage-femme coordinatrice et le chef de pôle de chaque maternité participante.

Le consentement des sages-femmes interrogées est sous-entendu par leur choix de remplir ou non le questionnaire.

La sage-femme a donc eu le choix de participer à l'étude en remplissant le questionnaire et soumettre ses réponses à l'étude ou bien de ne pas y participer.

3.3.3. Anonymat

L'anonymat a été respecté car aucune information permettant d'identifier la sage-femme interrogée n'a été demandée dans le questionnaire.

RESULTATS

1. Description de la population étudiée

1.1. Taux de participation à l'étude

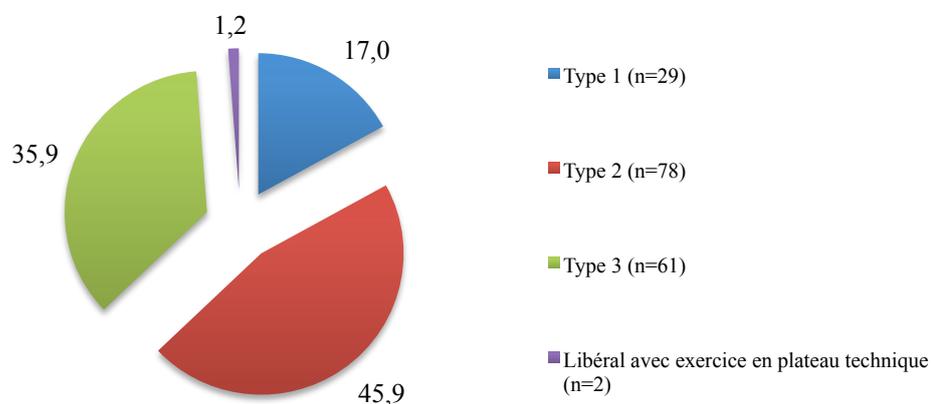
Le taux de participation global à l'étude a été de 62,7% (n=170). Il a été variable selon les différentes maternités interrogées. Le meilleur taux de participation a été retrouvé dans la maternité de type trois avec 87,1% (n=61).

Le taux de participation observé dans les maternités de type deux a été de 53,4% (n=78), il a été de 59,2% dans les maternités de type un (n=29) et de 33,3% chez les sages-femmes libérales travaillant en plateau technique (n=2).

1.2. Lieu d'exercice

La majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude travaillait dans une maternité de type 2 (45,9%) (Figure 9).

Figure 9 : Répartition des sages-femmes selon le lieu d'exercice en %

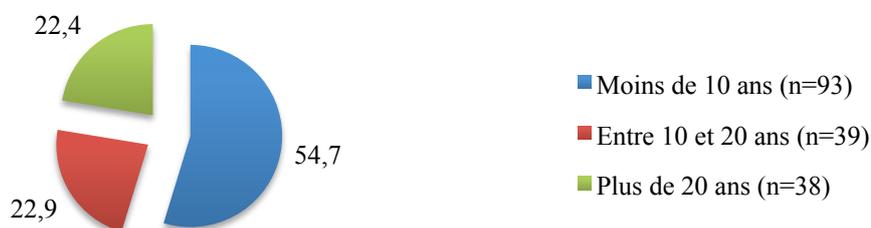


1.3. Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

La figure 10 montre que la majorité des sages-femmes interrogées avait moins de dix années d'expérience (54,7%).

Parmi les sages-femmes les plus jeunes diplômées (ayant moins de 10 ans d'expérience) (n=93), la majorité travaillait dans une maternité de type trois (n=40 soit 43,5%) et de type deux (n=38 soit 40,9%).

Figure 10 : Répartition des sages-femmes selon le nombre d'années d'expérience en %



1.4. Formations complémentaires des sages-femmes

Dans la population étudiée, 57 sages-femmes déclaraient avoir participé à des formations complémentaires à leur diplôme d'Etat, soit 33,5%.

Parmi les sages-femmes ayant participé à des formations complémentaires, 33,3% possédaient le Diplôme Interuniversitaire (DIU) d'échographie (n=19). Une seule sage-femme interrogée possédait le DIU de Mécaniques et techniques obstétricales et huit possédaient le DIU d'acupuncture (14,0%).

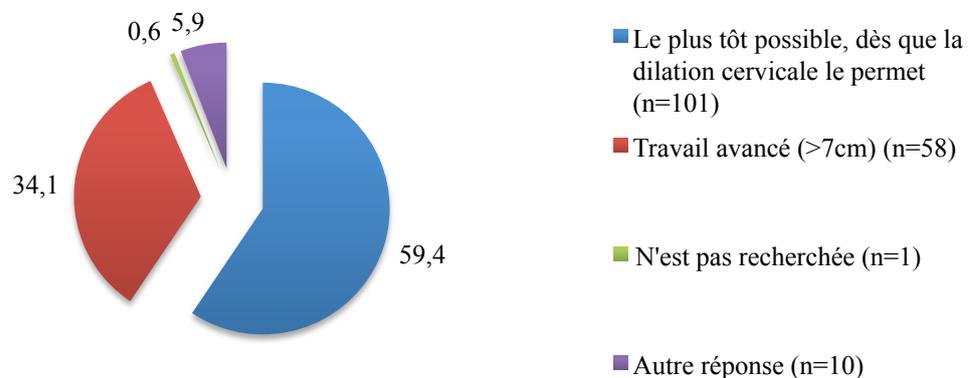
2. Description des pratiques diagnostiques et interventionnelles des variétés postérieures au premier et au deuxième stade du travail d'accouchement

2.1. Pratiques diagnostiques

2.1.1. Recherche de la variété de présentation

La majorité des sages-femmes interrogées (figure 11) recherchait la variété de présentation le plus tôt possible pendant le travail, dès que la dilatation cervicale le permettait.

Figure 11: Recherche de la variété de présentation pendant le travail : répartition des pratiques des sages-femmes en %

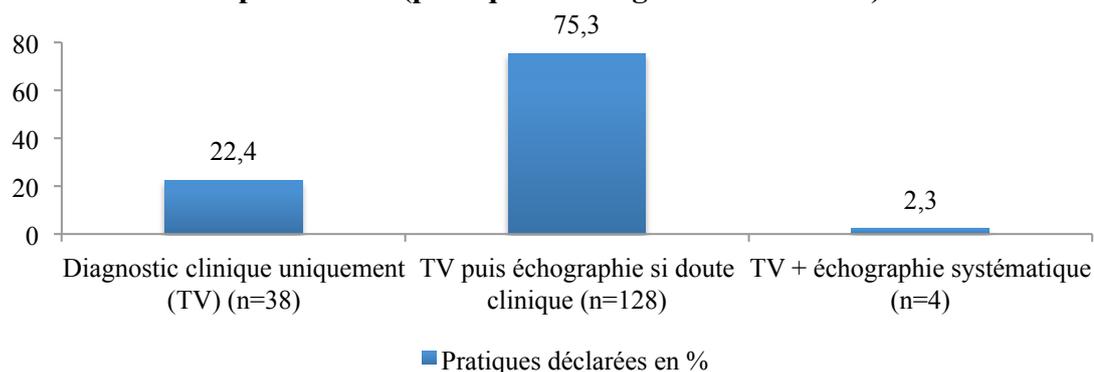


Certaines sages-femmes interrogées (5,9%) déclaraient d'autres conditions pour la recherche de la variété de présentation. Pour 3,5% d'entre elles, la variété de présentation serait recherchée lorsque la présentation est fixée. Certaines ne la recherchaient que s'il y avait une stagnation de la dilatation ou un travail anormalement long (1,8%). Une sage-femme déclarait rechercher la variété de présentation qu'à partir de 5 cm de dilatation (0,6%).

2.1.2. Méthodes diagnostiques

La figure 12 expose les pratiques des sages-femmes interrogées concernant la méthode utilisée pour le diagnostic d'une variété occipito-postérieure.

Figure 12 : Méthode utilisée pour le diagnostic de variété postérieure (pratiques des sages-femmes en %)



2.2. Pratiques interventionnelles

2.2.1. Qualification des variétés occipito-postérieures selon les sages-femmes (physiologie/dystocie)

Selon 85,3% des sages-femmes interrogées (n=145), les variétés occipito-postérieures devaient être considérées comme potentiellement dystociques. Les 25 autres sages-femmes interrogées (14,7%) les considéraient comme physiologiques. Aucune sage-femme interrogée ne considérait une variété postérieure comme pathologique.

2.2.2. Intervention pour la correction d'une variété postérieure

Parmi les 170 sages-femmes interrogées, deux déclaraient ne pas intervenir lorsqu'elles étaient confrontées à une variété postérieure pendant le travail, soit 1,2% de la population étudiée.

La majorité des sages-femmes (n=152) déclarait intervenir pour corriger une variété postérieure dès la suspicion ou le diagnostic, soit 89,4% de la population. Une sage-femme (0,6%) a déclaré intervenir seulement après dilatation complète, soit au début de la deuxième phase du travail mais pas dès la suspicion ou le diagnostic.

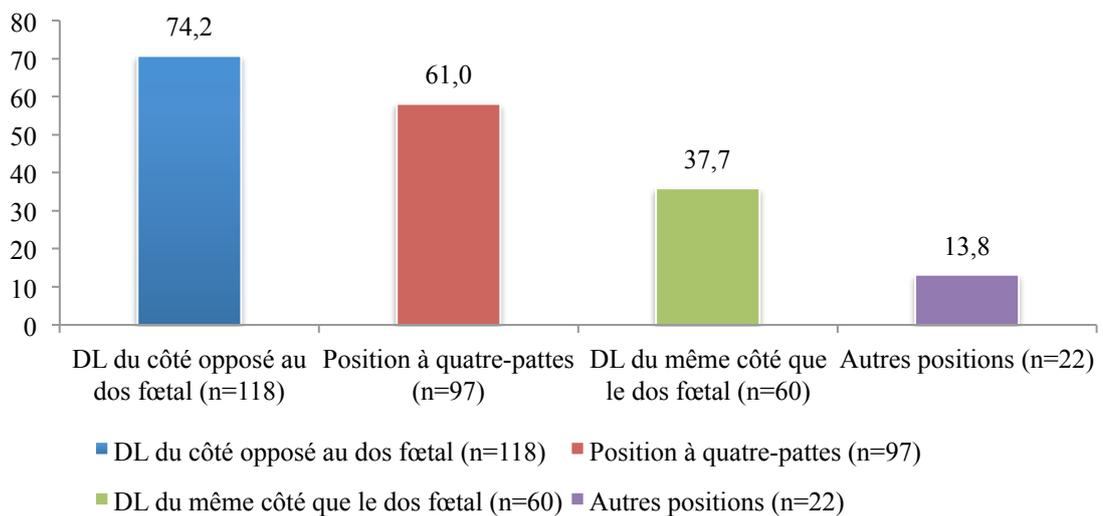
Quinze sages-femmes (8,8%) ont déclaré intervenir seulement en cas de dystocie pendant le travail : « stagnation de la dilatation », « absence d'engagement », « absence de descente » ou « en cas de travail long ».

2.2.3. Interventions pendant la première phase du travail (début du travail à dilatation complète)

2.2.3.1. Techniques posturales

La majorité des sages-femmes interrogées, soit 95,2% (n=159) déclaraient utiliser des techniques posturales pour faciliter la rotation du fœtus. La figure 13 montre les positions utilisées par les sages-femmes pour corriger une variété postérieure.

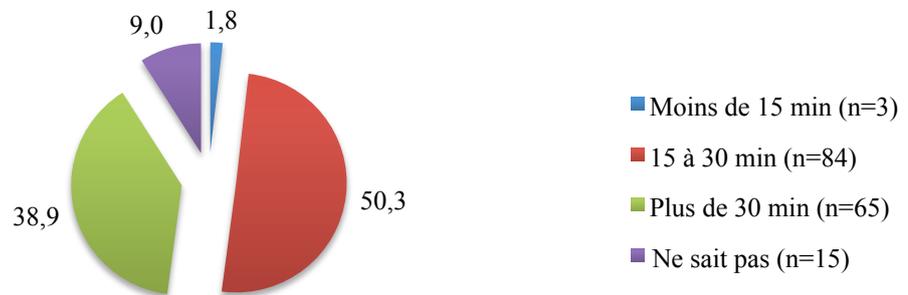
Figure 13 : Postures utilisées par les sages-femmes pour la correction d'une variété postérieure (en %)



Parmi les autres positions utilisées pour faciliter la rotation des VP, les sages-femmes interrogées déclaraient utiliser la position « assise penchée en avant sur un arceau ou une barre » pour 5,7% d'entre elles (n=9), la position « décubitus latéral gauche » pour 4,4% d'entre elles (n=7) ainsi que d'autres positions (nutation, utilisation de la galette, lotus, suspension, déambulation) pour 3,8% d'entre elles (n=6).

Selon plus de la moitié des sages-femmes interrogées (50,3%), une position doit être utilisée pendant 15 et 30 minutes pour qu'elle soit efficace et induire une rotation complète ou incomplète (figure 14).

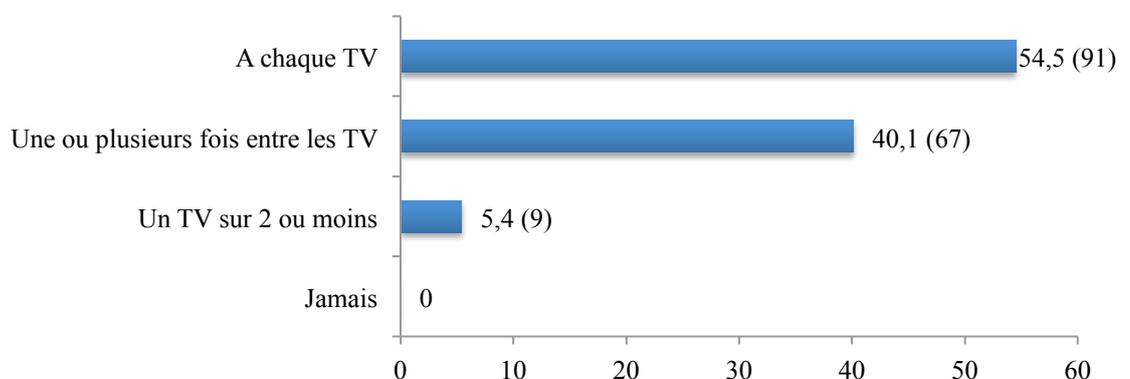
Figure 14 : Temps d'efficacité d'une position maternelle pour induire une rotation selon les sages-femmes (en %)



La totalité des sages-femmes interrogées, soit 100% (n=167), déclarait encourager la patiente à se mobiliser et à changer de position au cours du travail.

La fréquence du changement de position proposé à la patiente variait selon les sages-femmes interrogées (figure 15).

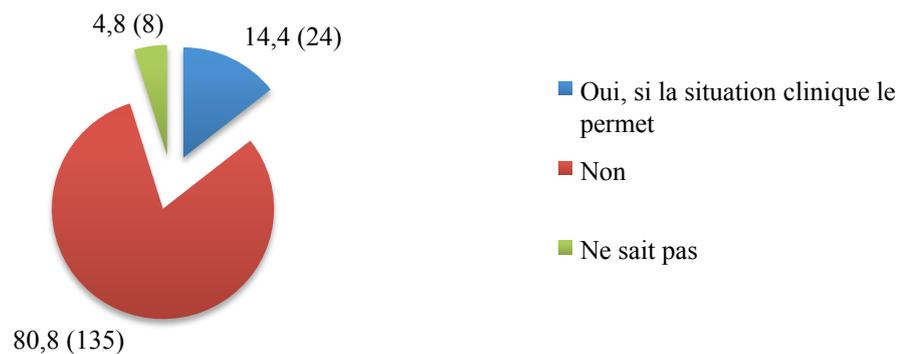
Figure 15 : Fréquence du changement de position proposé à la patiente en % (n)



2.2.3.2. Rotation manuelle

Seulement 14,4% des sages-femmes interrogées déclaraient pratiquer la rotation manuelle en cas de variété postérieure pendant la première phase du travail, si la situation clinique le permettait. Près de 81% d'entre elles ont déclaré ne pas pratiquer de rotation manuelle (figure 16).

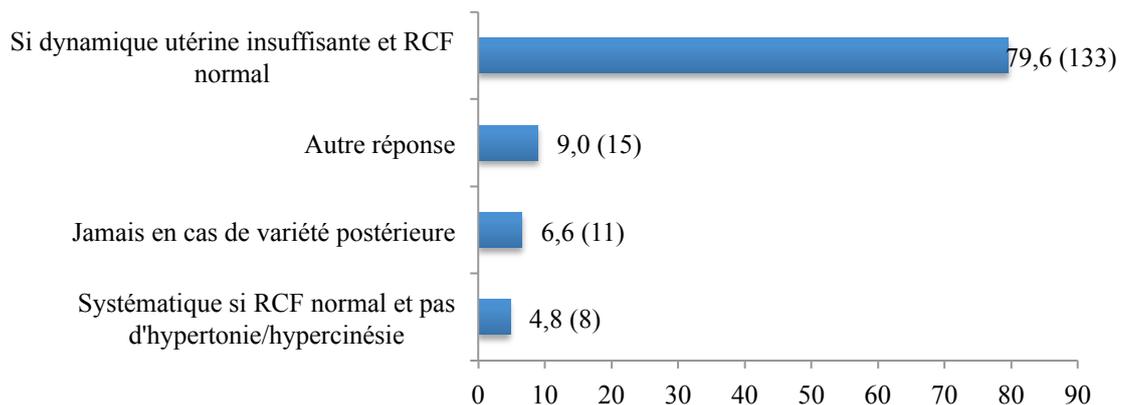
Figure 16 : Utilisation de la rotation manuelle par les sages-femmes en % (n)



2.2.3.3. Utilisation d'ocytocine

La figure 17 expose les pratiques des sages-femmes concernant l'utilisation d'ocytocine en cas de variété occipito-postérieure.

Figure 17 : Utilisation d'ocytocine en cas de variété postérieure par les sages-femmes en % (n)

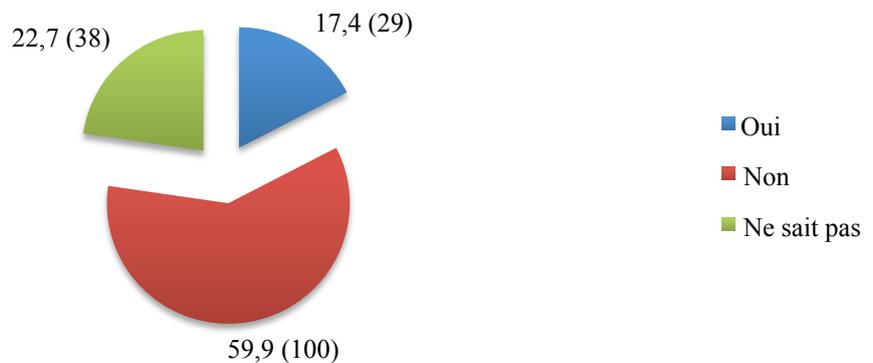


La majorité des sages-femmes utilisaient de l'ocytocine en cas de variété postérieure seulement si elle était associée à une dynamique utérine insuffisante et que le RCF était normal. Pour 9,0% des sages-femmes interrogées, l'utilisation d'ocytocine était pratiquée « en cas de stagnation de la dilatation » associée à la variété postérieure.

2.2.3.4. Analgésie péridurale

Selon 17,4% des sages-femmes interrogées, la mise en place d'une APD pourrait faciliter la rotation d'une variété postérieure. Près de 60% d'entre elles ne pensaient pas que la mise en place d'une APD puisse faciliter la rotation, et 22,8% des sages-femmes ne savaient pas (figure 18).

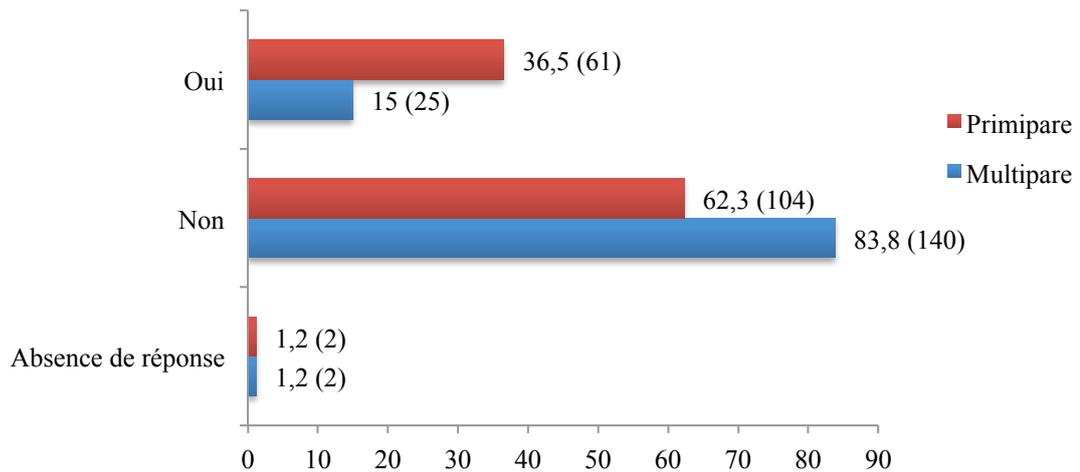
Figure 18 : Opinion des sages-femmes sur l'utilisation de l'APD pour faciliter la rotation des VP en % (n)



Si l'APD n'était pas déjà en place, la majorité des sages-femmes n'encourageait pas la patiente à en bénéficier parce qu'il s'agissait d'une variété postérieure, que la patiente soit primipare ou multipare (figure 19).

Toutefois, en cas de variété postérieure les sages-femmes étaient plus nombreuses à encourager la patiente à bénéficier d'une APD si celle-ci était primipare que si la patiente était multipare. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

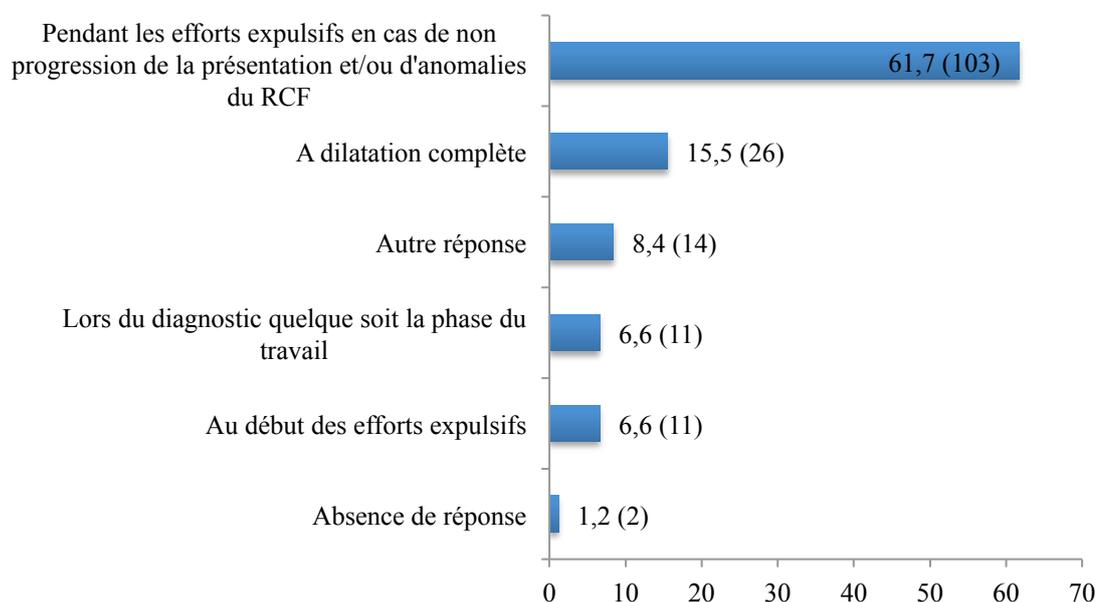
Figure 19 : Encouragement à la mise en place d'une APD par les sages-femmes en % (n)



2.2.3.5. Avis de l'obstétricien

En cas de variété postérieure, la majorité des sages-femmes interrogées (61,7%) appelait l'obstétricien uniquement pendant les efforts expulsifs en cas de non progression de la présentation et/ou d'anomalies du RCF, soit la même prise en charge que pour une variété antérieure (figure 20).

Figure 20 : Avis de l'obstétricien en cas de variété postérieure par les sages-femmes en % (n)

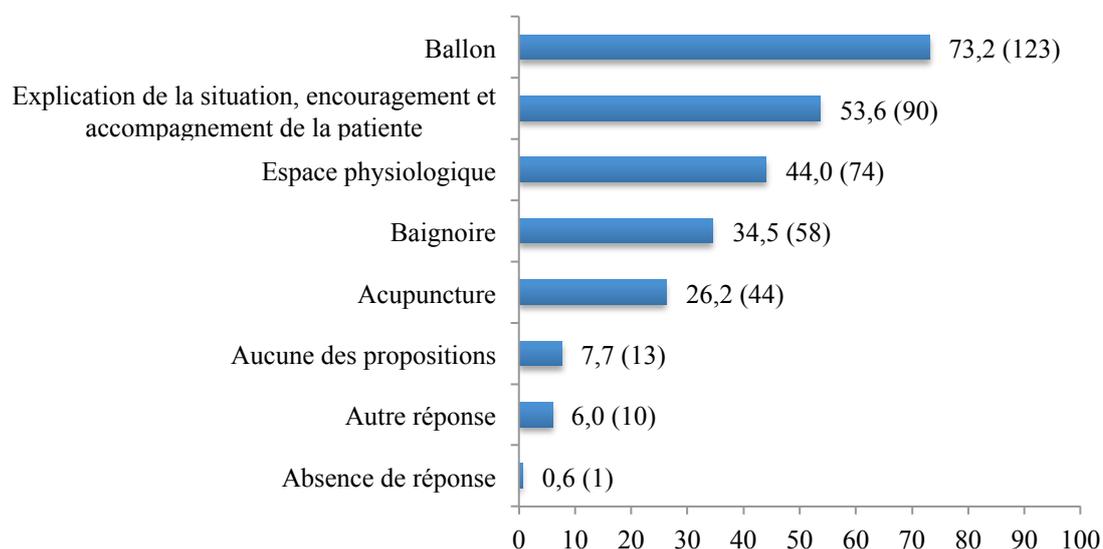


Parmi les autres réponses, 2,4% des sages-femmes (n=4) prévenaient l'obstétricien en cas de variété postérieure si « l'occasion se présentait », 2,4% des sages-femmes (n=4) prévenaient l'obstétricien en cas de « non engagement à dilatation complète », 4,1% des sages-femmes (n=6) le prévenaient en cas de « stagnation de la dilatation » et deux sages-femmes (1,2%) ne prévenaient pas l'obstétricien en cas de variété postérieure.

2.2.4. Alternatives pour faciliter la rotation

Les pratiques alternatives et conseils des sages-femmes pour faciliter la rotation des VP sont présentés dans la figure 21.

Figure 21: Alternatives proposées par les sages-femmes pour faciliter la rotation des VP en % (n)



Parmi les autres alternatives, quatre sages-femmes (2,4%) proposaient la déambulation, trois sages-femmes utilisaient l'homéopathie (1,8%), deux sages-femmes (1,2%) utilisaient l'haptonomie (communication avec le bébé) et une sage-femme (0,6%) pratiquait l'acupression.

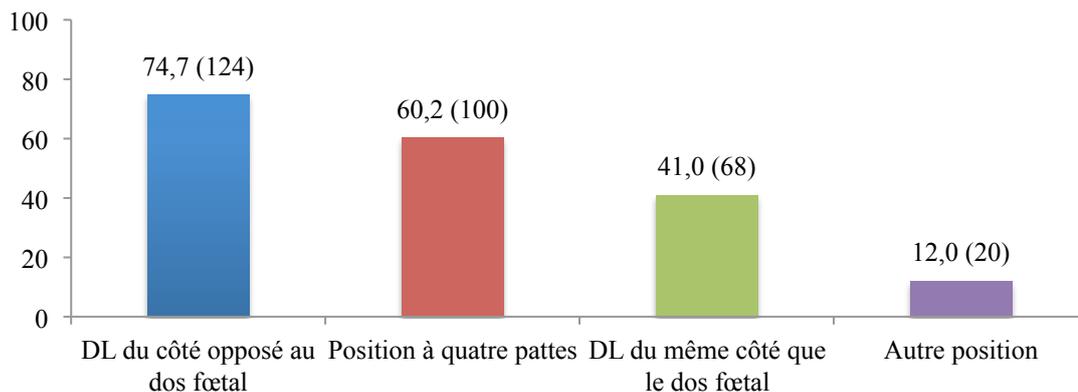
2.2.5. Interventions pendant la deuxième phase du travail (de la dilation complète à l'expulsion)

2.2.5.1. Techniques posturales

Parmi les sages-femmes interrogées, 98,8% d'entre elles (n=166) utilisaient des techniques posturales pour faciliter la rotation des VP, une seule sage-femme n'en utilisait pas (0,6%) et une sage-femme n'avait pas répondu (0,6%).

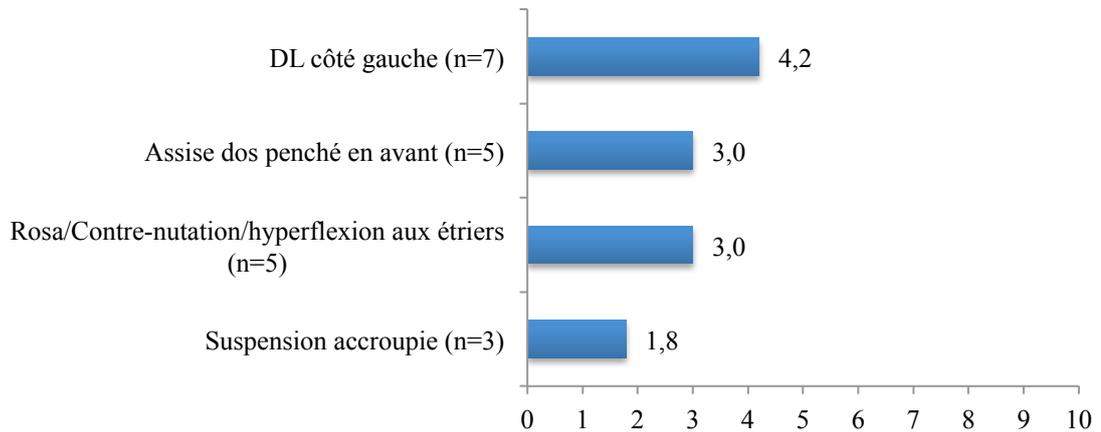
Les positions utilisées par les sages-femmes pour corriger les VP sont exposées sur la figure 22. La position la plus utilisée était le décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal puisqu'elle serait utilisée par 74,7% des sages-femmes interrogées (n=124).

Figure 22 : Positions utilisées par les sages-femmes pour la correction d'une VP pendant la seconde phase du travail en % (n)



Parmi les autres positions utilisées, il a été déclaré (figure 23) :

Figure 23 : Autres positions déclarées par les sages-femmes en %

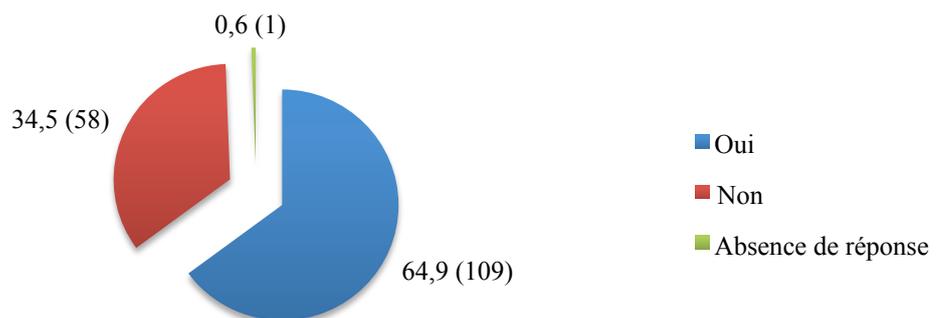


A dilatation complète, 155 sages-femmes (92,3%) déclaraient encourager la patiente à changer de position jusqu'au début des efforts expulsifs. Un peu plus de 7% des sages-femmes interrogées (7,1%, n=12) conservaient la même position qu'elle facilite ou non la rotation du fœtus. Une sage-femme n'a pas répondu à la question (0,6%).

2.2.5.2. Rotation manuelle

Près de 65% des sages-femmes interrogées déclaraient réaliser la rotation manuelle lors de la seconde phase du travail (figure 24).

Figure 24 : Recours à la rotation manuelle lors de la seconde phase du travail par les sages-femmes en % (n)



Parmi les sages-femmes ayant déclaré réaliser une rotation manuelle lors de la première phase du travail (14,4%, n=24), quinze avaient déclaré faire une nouvelle tentative à dilatation complète si une première avait échoué pendant le travail, soit 62,5%.

Parmi les 109 sages-femmes réalisant une rotation manuelle à dilatation complète (seconde phase du travail), 76 déclaraient réaliser une nouvelle tentative si une première échouait, soit 69,7%.

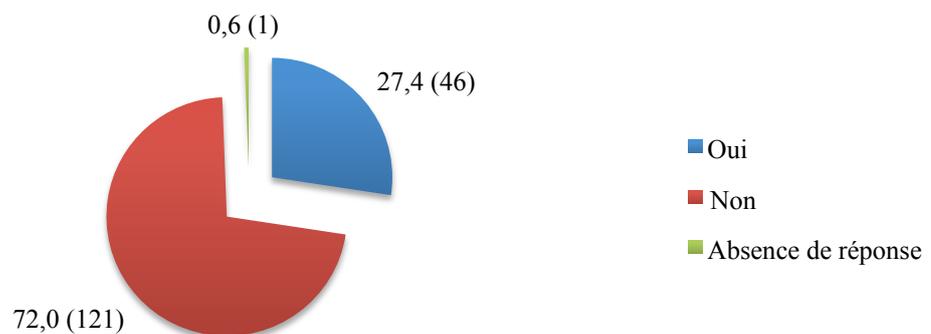
Parmi les 24 sages-femmes ayant déclaré pratiquer la rotation manuelle lors de la première phase du travail, 21 la pratiquaient également lors de la deuxième phase du travail, soit 87,5%.

Près de 63% des sages-femmes ayant déclaré ne pas réaliser de rotation manuelle lors de la première phase du travail la pratiquaient lors de la seconde phase du travail (n=85), ce qui correspond à 50,6% des sages-femmes interrogées.

2.2.5.3. Utilisation d'ocytocine

A dilatation complète, 27,4% des sages-femmes interrogées déclaraient avoir recours à des ocytociques en cas de variété postérieure pour faciliter la rotation, même si la dynamique utérine paraissait suffisante (3 CU par 10 min ou plus).

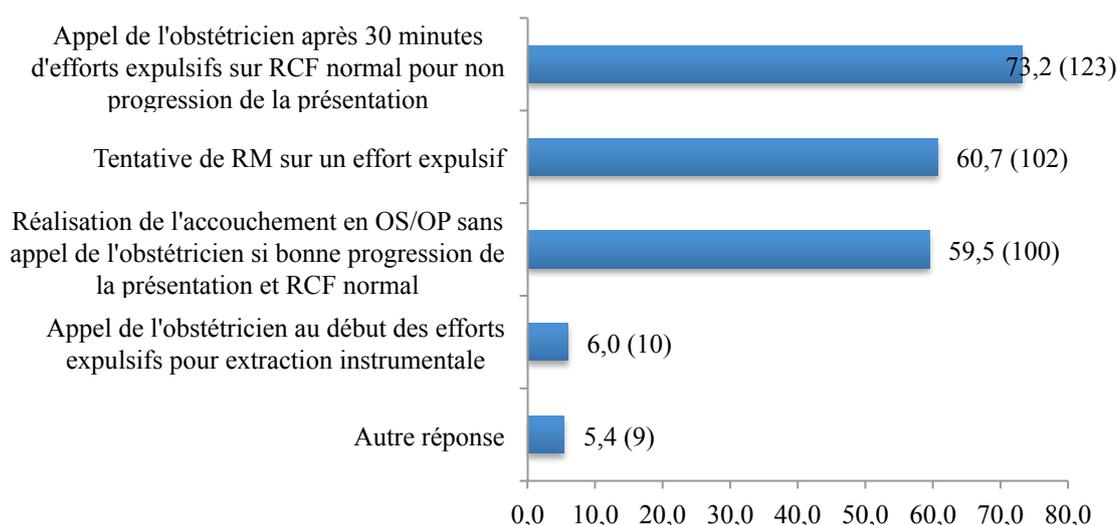
Figure 25 : Utilisation d'ocytocine pour faciliter la rotation des VP à dilatation complète par les sages-femmes en % (n)



2.2.5.4. Pratiques des sages-femmes à l'accouchement

En cas de variété postérieure persistante au début des efforts expulsifs, la conduite à tenir prédominante des sages-femmes était d'attendre environ 30 minutes d'efforts expulsifs pour appeler l'obstétricien à condition que le RCF soit normal (même conduite à tenir que pour une variété antérieure) (73,2%).

Figure 26 : Conduite à tenir des sages-femmes au début des efforts expulsifs en cas de VP persistante en % (n)



Neuf sages-femmes apportaient des précisions concernant leur conduite à tenir (5,4%) : quatre sages-femmes appelaient l'obstétricien après 15 à 20 minutes d'efforts expulsifs pour non progression de la présentation (2,4%), deux sages-femmes (1,2%) appelaient l'obstétricien au début des efforts expulsifs pour avoir une conduite à tenir.

Une sage-femme (0,6%) conduisait les efforts expulsifs en position à quatre pattes ou en DL gauche pour favoriser la rotation sur le périnée. Une sage-femme appelait l'obstétricien si non progression de la présentation pour une tentative de rotation manuelle, tandis qu'une autre réalisait elle-même une rotation manuelle puis appelait l'obstétricien en cas d'échec et de non progression de la présentation.

3. Comparaison des pratiques interventionnelles des sages-femmes entre la première et la seconde phase du travail en cas de variété postérieure

3.1. Utilisation des techniques posturales

Le test de Chi2 n'a pas pu être réalisé car certains effectifs attendus étaient inférieurs à 5. Un test de Fisher a donc été réalisé.

La proportion de sages-femmes utilisant des techniques posturales pour favoriser la rotation des VP est plus élevée lors du second stade du travail que lors de premier stade du travail et cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$) (tableau I).

Tableau I : Utilisation des postures maternelles en fonction du stade du travail

Stade du travail	Utilisation des postures maternelles en % (n)		p=0,043
	Oui	Non	
Premier stade	95,2 (159)	4,8 (8)	
Second stade	98,8 (166)	0,6 (1)	

La proportion de sages-femmes utilisant la position à quatre pattes est plus élevée lors de la première phase du travail que lors de la seconde phase du travail. La position en décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal est plus utilisée lors de la seconde phase du travail que lors de la première. La constatation est identique concernant la position en décubitus latéral du même côté que le dos fœtal. Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,91$).

Tableau II : Type de postures utilisées en fonction du stade du travail

Postures utilisées en % (n)				
Stade du travail	Position à quatre pattes	DL côté opposé au dos fœtal	DL du même côté que le dos fœtal	
Premier stade	61,0 (97)	74,2 (118)	37,7 (60)	p=0,91
Second stade	60,2 (100)	74,7 (124)	41,0 (68)	

3.2. Encouragement à la mobilisation

La proportion de sages-femmes encourageant les patientes à se mobiliser et à changer de position est plus élevée lors du premier stade du travail que lors du deuxième stade. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$) (tableau III).

Tableau III : Encouragement des sages-femmes à la mobilisation des patientes en fonction du stade du travail

Encouragement à la mobilisation en % (n)			
Stade du travail	Oui	Non	
Premier stade	100 (167)	0 (0)	p=0,001
Second stade	92,3 (155)	7,1 (12)	

3.3. Utilisation de la rotation manuelle

Il existe une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) concernant l'utilisation de la rotation manuelle en fonction de la phase du travail. En effet, les sages-femmes pratiquant la rotation manuelle lors de la seconde phase du travail étaient

plus nombreuses que celles la pratiquant lors de la première phase du travail (tableau IV).

Tableau IV : Utilisation de la rotation manuelle en fonction de la phase du travail

Utilisation de la rotation manuelle en % (n)			
Phase du travail	Oui	Non	
Première phase	14,4 (24)	80,8 (135)	p=8,93.10 ⁻²⁰
Deuxième phase	64,9 (109)	34,5 (58)	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative (p=0,65) entre les sages-femmes réalisant une deuxième tentative de RM en cas d'échec lors de la première phase du travail et les sages-femmes réalisant une deuxième tentative en cas d'échec lors de la deuxième phase du travail (tableau V).

Tableau V : Deuxième tentative de rotation manuelle à dilatation complète si échec d'une première tentative en fonction du stade du travail

Deuxième tentative de RM en % (n)			
Stade du travail	Oui	Non	
Premier stade	62,5 (15)	37,5 (9)	p=0,65
Deuxième stade	69,7 (76)	30,3 (33)	

3.4. Utilisation de l'ocytocine

Huit sages-femmes (4,8%) déclaraient administrer systématiquement des ocytociques pendant la première phase du travail à condition que le RCF soit normal et qu'il n'y ait pas d'hypertonie ni d'hypercinésie. Pour 95,2% des sages-femmes

interrogées (n=159) l'utilisation d'ocytociques n'était pas systématique en cas de variété postérieure : 79,6% (n=133) en utilisaient si la dynamique utérine était insuffisante, 6,6% (n=11) n'en utilisait jamais en cas de variété postérieure, et 9,0% (n=15) utilisaient des ocytociques seulement en cas de stagnation de la dilatation associée à la variété postérieure (tableau VI).

Tableau VI : Recours systématique à l'ocytocine en cas de variété postérieure en fonction du stade du travail

Recours systématique à l'ocytocine en cas de variété postérieure en % (n)			
Stade du travail	Oui	Non	
Premier stade	4,8 (8)	95,2 (159)	p=3,82.10 ⁻⁸
Second stade	27,4 (46)	72,0 (121)	

La proportion de sages-femmes ayant recours systématiquement aux ocytociques en cas de variété postérieure est significativement supérieure lors du second stade du travail que lors du premier stade (p<0,05).

DISCUSSION

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Points forts

Le principal point fort de l'étude provient d'une validité interne importante. En effet, l'ensemble des dix maternités d'Auvergne a été contacté et a répondu à l'enquête. De plus, le taux de participation est important (62,5%), ce qui a permis de révéler des résultats significatifs.

L'échantillon étudié était représentatif de la population générale des sages-femmes exerçant en salle de naissance. En effet, des sages-femmes travaillant dans des maternités de types un, deux et trois ainsi que des sages-femmes libérales exerçant en plateau technique ont été interrogées.

1.2. Limites de l'étude

Parmi les études concernant le diagnostic et la prise en charge des variétés postérieures, peu d'entre elles ont montré des résultats statistiquement significatifs concernant certaines pratiques interventionnelles et notamment les techniques posturales.

Il peut exister un biais relatif à la saisie des données. Des questionnaires manuscrits ont été distribués et la saisie des réponses a été réalisée manuellement sur une feuille de calcul Excel®. Malgré un double contrôle lors de la saisie des données, le risque d'erreur doit être pris en compte.

L'échantillon analysé était peu homogène. Les sages-femmes libérales travaillant en plateau technique représentaient seulement 17% de la population interrogée alors que les sages-femmes travaillant dans une maternité de type deux représentaient 45,9% de l'échantillon, ce qui a influencé la description des résultats.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Le meilleur taux de participation était de 87,1%. Il était représenté par les sages-femmes travaillant dans une maternité de type trois. Ce taux important peut être expliqué par le mode de distribution des questionnaires. En effet, les questionnaires ont été distribués en main propre à chaque sage-femme travaillant en salle de naissance, après accord de la sage-femme coordonnateur du pôle et du chef de service. Dans la plupart des maternités de type un ou deux, les questionnaires ont également été distribués à chaque sage-femme par les sages-femmes coordinatrices.

Cependant, dans quelques maternités, les questionnaires ont été mis à disposition des sages-femmes en salle de naissance, après une information dispensée par mail. Cela peut constituer un biais car les sages-femmes ayant répondu aux questionnaires dans ces maternités pouvaient être plus intéressées par le sujet d'étude et désireuses de se renseigner sur ce thème.

Le faible taux de participation des sages-femmes libérales travaillant en plateau technique (17%) peut s'expliquer par le fait qu'elles avaient accès aux questionnaires lorsqu'elles venaient dans une maternité disposant d'un plateau technique pour accompagner une patiente lors de son accouchement, et du fait d'une période de recueil des données relativement courte (octobre 2016 à janvier 2017), certaines d'entre elles n'ont probablement pas eu accès au questionnaire.

Seulement 33,5% des sages-femmes interrogées ont participé à des formations complémentaires à leur diplôme d'Etat de sage-femme (à caractère diplômant ou non) malgré l'obligation de Développement Professionnel Continu. Ce nombre peut être mis en parallèle avec le nombre d'années d'expérience des sages-femmes interrogées puisque plus de la moitié d'entre elles exercent depuis moins de dix ans.

3. Pratiques déclarées pendant la première phase du travail

3.1. Pratiques diagnostiques

La majorité des sages-femmes interrogées déclaraient rechercher la variété de présentation le plus tôt possible pendant le travail, lorsque la dilatation cervicale le permettait (59,4%). Ces résultats semblent en accord avec la littérature (7) : le diagnostic d'une variété postérieure est fondamental pour la direction du travail et les moyens interventionnels mis en œuvre pour faciliter la rotation.

Certaines sages-femmes interrogées avaient précisé qu'elles ne recherchaient pas la présentation en fonction de la dilatation cervicale mais en fonction de la hauteur de la présentation. Elles ne la recherchaient que lorsque celle-ci était fixée. En effet, la variété de présentation peut varier avant qu'elle ne soit fixée. Cependant, aucune notion dans la littérature n'a été retrouvée dans ce sens.

Environ un tiers de la population étudiée avait déclaré rechercher la variété de présentation lorsque le travail était avancé (à partir de 7cm de dilatation environ). Ceci peut s'expliquer par la difficulté rencontrée lors de la recherche des sutures et des fontanelles liée à la contrainte cervicale.

Concernant la méthode diagnostique utilisée par les sages-femmes, plus de 75% déclaraient diagnostiquer une VP par le TV puis l'échographie en cas de doute clinique. Ces résultats sont en accord avec une revue publiée par Malvasi et al. en 2014 (41), la précision du diagnostic échographique est supérieure à celle du diagnostic clinique (TV). De plus, Dupuis et al. (21) a montré que le diagnostic échographique utilisé en complément du toucher vaginal permettait d'améliorer le diagnostic de présentation.

Une étude de cohorte menée par Chou et al. en 2004 sur 88 patientes en travail a montré que l'échographie permettait de diagnostiquer de façon plus précise la variété de présentation par rapport au toucher vaginal. Dans cette étude, le diagnostic clinique de la variété de présentation était correct dans 71,6% des cas alors que le diagnostic

échographique était correct dans 92,0% des cas, cette différence était statistiquement significative ($p=0,018$) (42).

Un peu plus de 22% des sages-femmes interrogées utilisaient seulement le toucher vaginal pour diagnostiquer une variété postérieure. La non-utilisation de l'échographie en complément du TV peut s'expliquer par l'absence d'échographe immédiatement disponible en salle de naissance notamment dans les maternités de type un ou deux, et également par le manque de formation des sages-femmes à l'échographie.

3.2. Pratiques interventionnelles

La majorité des sages-femmes interrogées (85,3%) considérait une variété occipito-postérieure comme potentiellement dystocique, ce qui est cohérent avec les données retrouvées dans la littérature. Il a été démontré que les variétés occipito-postérieures sont associées à une augmentation de la morbidité maternelle (augmentation du risque d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale) (1).

Une minorité de sages-femmes (1,2%) déclarait ne pas intervenir en cas de variété postérieure. L'attitude expectative de ces sages-femmes a été retrouvée dans la littérature car la plupart des variétés occipito-postérieures tournent vers l'avant sans intervention spécifique au cours du travail (7). D'autre part, dans de nombreuses maternités il n'existe pas de protocole spécifique pour la prise en charge de ces variétés pendant le travail. Ceci explique que certaines sages-femmes adoptent une attitude expectative.

Près de 90% de la population étudiée déclaraient intervenir dès la suspicion ou le diagnostic d'une VP. Cependant il existe un biais de confusion car certaines sages-femmes avaient déclaré intervenir seulement après dilatation complète alors qu'elles déclaraient également utiliser des techniques posturales pendant la première phase du travail. Les techniques posturales sont considérées comme une intervention, une correction a été réalisée et elles ont donc été considérées comme intervenant dès la suspicion ou le diagnostic.

3.2.1. Techniques posturales pendant la première phase du travail

Plus de 95% des sages-femmes interrogées déclaraient utiliser des techniques posturales pour faciliter la rotation des VP. La position la plus fréquemment utilisée est le décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal puisqu'elle est proposée par 74,2% des sages-femmes.

Les résultats retrouvés ne sont pas concordants avec les données retrouvées dans la littérature. Une étude publiée en 2016 par Le Ray et al. a évalué, dans un essai clinique randomisé, l'effet du décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal sur la rotation des variétés occipito-postérieures. Un échantillon de 322 femmes enceintes à terme en travail (première phase) avec un fœtus en variété postérieure a été inclus. Le groupe intervention devait se positionner en décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal pendant une heure et le groupe contrôle devait adopter une position dorsale autre. Les résultats de cette étude montrent une rotation antérieure une heure après dans 21,9% des cas dans le groupe intervention et 21,6% dans le groupe contrôle, la différence n'étant pas significative ($p=0,887$). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant le taux de rotation antérieure à dilatation complète, à l'accouchement, ou le taux de césarienne (43). L'auteur a conclu que cette position ne permettait pas de faciliter la rotation des VP.

Plus de 60% des sages-femmes interrogées déclaraient utiliser la position à quatre-pattes pendant la première phase du travail. Cependant, aucune étude n'a prouvé l'efficacité de cette position pour la rotation des VP (27–29).

Dans seulement 37,7% des cas, la position en décubitus latéral du même côté que le dos fœtal était utilisée pour faciliter la rotation des VP. Une étude chinoise a pourtant prouvé l'efficacité de cette position en la comparant avec le DL du côté opposé au dos fœtal (32). Les données retrouvées dans la littérature ne sont donc pas concordantes avec les pratiques déclarées par les sages-femmes.

Le questionnaire rempli par les sages-femmes ne comportait pas de question concernant leurs connaissances des recommandations posturales pour la rotation des VP. Il n'est alors pas possible de savoir si les sages-femmes ayant déclaré utiliser le DL

du même côté que le dos fœtal connaissent les recommandations concernant cette pratique ou bien s'il s'agissait seulement d'une connaissance empirique.

Dans le cas d'une variété postérieure, le dos fœtal se situe en regard du rachis maternel, si la patiente est positionnée du côté opposé au dos fœtal celui-ci sera alors poussé vers l'avant par un effet de pesanteur. Cette logique mécanique permet d'expliquer l'utilisation par les sages-femmes du DL du côté opposé au dos fœtal, malgré les données retrouvées dans la littérature.

Aucune donnée concernant la mécanique de rotation des VP avec la position en DL du même côté que le dos fœtal n'a été retrouvée dans la littérature. Cependant, il est possible d'expliquer le succès de cette position car la rotation à effectuer est moins élevée que lorsque la patiente est en DL du côté opposé au dos fœtal.

D'autres positions avaient été décrites par les sages-femmes (assise avec le dos penché en avant) mais aucune d'entre elles n'a été retrouvée dans la littérature pour évaluer leur efficacité.

L'ensemble des sages-femmes interrogées encourageait la patiente à se mobiliser au cours du travail et plus de la moitié d'entre elles (54,5%) déclarait proposer à la patiente de changer de position lors de chaque TV. Ce résultat peut s'expliquer par l'organisation de la gestion du travail. Dans certaines maternités l'enregistrement cardiotocographique est retransmis dans le bureau des sages-femmes, de plus avec la prise en charge de plusieurs patientes à la fois, les sages-femmes ne peuvent aller voir la patiente qu'une fois par heure environ à l'occasion du toucher vaginal. Cela peut permettre d'expliquer les résultats retrouvés.

Aucune étude n'a été retrouvée concernant la durée utilisée pour qu'une position maternelle soit efficace. Plus de la moitié des sages-femmes (50,3%) pensaient qu'une position, si elle était efficace, était utilisée pendant 15 à 30 minutes. Pour évaluer l'efficacité de la position DL du côté opposé au dos fœtal, un essai randomisé a mis en œuvre dans le groupe intervention cette position pendant une heure (43).

3.2.2. Utilisation de la rotation manuelle pendant la première phase du travail

Seulement 14,4% des sages-femmes interrogées déclaraient pratiquer la rotation manuelle pendant la première phase du travail. Pourtant, une étude cas-témoin (incluant 796 patientes) publiée par Le Ray et al. en 2007 a montré que la rotation manuelle pouvait être une méthode efficace pour réduire le taux de césarienne en cas de variété postérieure (36). Toutefois, l'auteur a conclu que la réussite ou l'échec de la RM dépendait de certaines conditions obstétricales comme la dilatation cervicale.

Le faible taux d'utilisation de la rotation manuelle pendant la première phase du travail peut s'expliquer par le manque de formation des sages-femmes à l'utilisation de cette technique. Lors de la formation initiale, la technique de la rotation manuelle n'est pas développée, et lors de la formation pratique (stages), il y a peu d'occasions pour la pratiquer car elle est souvent réalisée par les obstétriciens. Certaines sages-femmes interrogées avaient d'ailleurs précisé ne pas pratiquer de rotation manuelle car elles ne savaient pas la réaliser.

D'autre part, plusieurs études ont montré que la réalisation de la RM lors de la seconde phase du travail permettait de diminuer le risque de plaie cervicale et d'augmenter le taux de rotation antérieure (9,36). Cela peut également expliquer le faible taux d'utilisation de la rotation manuelle lors de la première phase du travail.

3.2.3. Utilisation des ocytociques pendant la première phase du travail

La majorité des sages-femmes interrogées (79,6%) administrait de l'ocytocine en cas de variété postérieure uniquement si la dynamique utérine était insuffisante et que le RCF était normal. Les sages-femmes administraient l'ocytocine non pas parce qu'elles étaient confrontées à une variété postérieure mais pour corriger une anomalie de la dynamique utérine éventuellement associée. En effet, une variété postérieure peut être expliquée par une dynamique utérine insuffisante.

Pourtant, dans une analyse secondaire des données de l'essai clinique randomisé multicentrique EVADELA (43), il a été retrouvé une association significative entre l'ocytocine et la rotation des variétés postérieures. Lorsque que de l'ocytocine est administrée suite au diagnostic de variété postérieure, il y a 1,93 fois plus de rotation antérieure pendant le premier stade du travail que sans administration d'ocytocine. Cette différence était statistiquement significative : intervalle de confiance à 95% (1,03-3,62).

Les résultats de cette étude ne sont donc pas concordants avec le faible taux d'utilisation systématique d'ocytocine par les sages-femmes interrogées (4,8%).

3.2.4. Mise en place d'une APD en cas de variété postérieure

Presque 60% des sages-femmes interrogées (59,9%) pensaient que la mise en place d'une APD ne facilite pas la rotation des variétés postérieures. Elles étaient donc plus nombreuses à ne pas encourager la patiente à bénéficier d'une APD, que celle-ci soit primipare ou multipare (respectivement 62,3% et 83,8%).

Les résultats constatés sont concordants avec l'étude de Sizer et al. (18) selon laquelle la mise en place d'une analgésie péridurale augmente le risque d'être confronté à une variété occipito-postérieure persistante.

Cependant, les résultats de l'étude montrent que les sages-femmes sont plus nombreuses à proposer la mise en place d'une APD en cas de variété postérieure à une patiente primipare par rapport à une patiente multipare. Aucune étude sur ce lien n'a été retrouvée. La pose d'une APD permet de faciliter la réalisation de manœuvres instrumentales voire d'une césarienne. La littérature a montré qu'une variété postérieure persistante entraînait une augmentation de la morbidité maternelle (16,17), ce qui peut expliquer l'attitude des sages-femmes interrogées.

3.2.5. Diagnostic d'une variété postérieure pendant la première phase du travail : avis de l'obstétricien

Parmi les sages-femmes interrogées, 61,7% déclaraient prévenir l'obstétricien en cas de variété postérieure seulement au moment des efforts expulsifs en cas de non progression de la présentation ou d'anomalies du RCF. Cette attitude est la même pour toute variété, qu'elle soit antérieure ou postérieure. Cela signifie qu'en cas de variété postérieure, la majorité des sages-femmes adoptait la même conduite à tenir que pour une variété antérieure, à condition que le travail se déroule correctement. S'il existait une dystocie pendant le travail (stagnation, anomalie du RCF, dystocie d'engagement et/ou de descente) les sages-femmes prévenaient immédiatement l'obstétricien, comme elles l'auraient fait pour une variété antérieure.

Parmi les sages-femmes ayant déclaré prévenir l'obstétricien quelque soit la phase du travail en cas de variété postérieure, plus de la moitié (54,5%) étaient des sages-femmes travaillant en type trois. Dans une maternité de type trois, l'obstétricien est présent en salle de naissance, il peut donc être prévenu plus facilement que dans une maternité de type un ou deux où l'obstétricien peut être d'astreinte, en particulier la nuit.

3.2.6. Alternatives utilisées

Plusieurs méthodes alternatives ont été décrites par les sages-femmes en cas de variété postérieure, notamment l'acupuncture qui était utilisée par 26,2% des sages-femmes. Cependant, aucune étude n'a été retrouvée pour étudier le lien entre ces méthodes et la rotation des VP.

L'utilisation du ballon ou de l'espace physiologique est une méthode favorisant la mobilisation, concept recherché pour la rotation du fœtus. L'utilisation de la baignoire ou l'accompagnement de la patiente par la sage-femme sont des méthodes recherchant la détente de la patiente pour favoriser la rotation. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires.

4. Pratiques déclarées pendant la seconde phase du travail et comparées avec les pratiques déclarées pendant la première phase du travail

4.1. Utilisation des postures maternelles

L'attitude posturale des sages-femmes était globalement la même pendant les deux phases du travail et aucune différence significative n'a été retrouvée entre les positions utilisées entre les deux phases.

Même si l'utilisation des techniques posturales pour la rotation des VP manque de preuves dans la littérature, elles ont l'avantage d'être faciles à réaliser, ne sont pas invasives et théoriquement inoffensives pour le fœtus. De plus, elles permettent de diminuer significativement les douleurs lombaires associées à la variété postérieure selon une étude d'Hunter et al. (27). Les résultats retrouvés sont donc concordants avec cette étude.

La mobilisation et la variation des positions pendant la première phase du travail sont encouragées par les sages-femmes de façon significativement supérieure par rapport à la deuxième phase du travail. Il faut noter l'impact de l'analgésie péridurale qui, au fur et à mesure de l'avancée du travail va augmenter le bloc moteur et diminuer les possibilités de mobilisation, ce qui peut expliquer la différence retrouvée entre les deux phases.

4.2. Rotation manuelle

Les résultats retrouvés dans l'étude sont concordants avec les données retrouvées dans la littérature. Selon une étude cas-témoin publiée par Sen et al. (44), le taux de succès de la rotation manuelle est plus important si la rotation manuelle est réalisée à dilatation complète sur une présentation basse voire engagée. Ces conditions ont également été mises en avant par Le Ray et al. (36). De plus, la réalisation de la rotation manuelle est plus aisée à dilatation complète ce qui explique l'augmentation significative de son utilisation lors de la seconde phase du travail.

Une étude menée par Phipps et al. (45) en 2014 a interrogé les sages-femmes australiennes concernant leur pratique de la rotation manuelle. Les conclusions de cette étude sont en accord avec les résultats retrouvés : la rotation manuelle est considérée comme une méthode de rotation acceptable par les sages-femmes, même si une minorité la pratique.

La majorité des sages-femmes réalisaient une nouvelle tentative de rotation manuelle en cas d'échec. Ceci est en accord avec une étude de Le Ray et al. (36).

4.3. Utilisation d'ocytocine

La faible proportion de sages-femmes utilisant systématiquement de l'ocytocine lors de la seconde phase du travail (27,4%) en cas de VP, et ce même si la dynamique utérine était suffisante, peut s'expliquer par la peur d'induire une hypercinésie ou une hypertonie liée à l'administration d'ocytociques et de ce fait des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

D'autre part, le recours systématique à l'ocytocine lors de la seconde phase du travail était significativement supérieur par rapport à la première phase du travail. En effet, la quantité d'ocytociques administrée sera alors moins élevée si elle est réalisée en fin de travail (deuxième phase), et la phase d'exposition du fœtus sera de ce fait plus courte, ce qui permet d'expliquer l'attitude des sages-femmes même si la dynamique utérine paraît suffisante.

Néanmoins, 72% des sages-femmes déclaraient ne pas utiliser d'ocytociques pendant la seconde phase du travail si la dynamique utérine paraissait suffisante, ce qui montre que la majorité des sages-femmes interrogées n'utilisait pas les ocytociques comme un moyen permettant la rotation antérieure des variétés postérieures si la dynamique utérine était suffisante.

4.4. Conduite à tenir lors de l'accouchement

Comme lors de la première phase du travail, 73,2% des sages-femmes appelaient l'obstétricien après 20 à 30 minutes d'efforts expulsifs pour non progression de la présentation et/ou anomalies du RCF. Cette attitude n'est pas spécifique d'une variété postérieure mais est appliquée pour tout accouchement. De même que 60,1% des sages-femmes réalisaient l'accouchement en OS/OP sans appel de l'obstétricien si la présentation progressait correctement et que le RCF d'expulsion était normal. Selon les sages-femmes interrogées, la conduite à tenir pour l'accouchement (appel de l'obstétricien) d'une variété postérieure était identique à tout accouchement en l'absence de dystocie.

Seulement 6,0% adoptaient une attitude différente et appelaient l'obstétricien dès le début des efforts expulsifs pour une extraction instrumentale.

Aucune recommandation concernant l'attitude des sages-femmes vis-à-vis de l'obstétricien n'a été retrouvée dans la littérature.

5. Projet d'action

5.1. Développer la recherche en maïeutique

Avec un objectif constant d'amélioration des pratiques professionnelles, il apparaît important de développer la recherche clinique et de déterminer la meilleure prise en charge du couple mère et fœtus en variété postérieure lors du travail d'accouchement.

En effet, après une confrontation entre les pratiques déclarées par les sages-femmes et les données actuelles de la littérature concernant le diagnostic et la prise en charge des variétés postérieures, certaines interventions apparaissent empiriques et ne font pas l'objet de recherches. D'autres interventions font l'objet d'études mais celles-ci manquent de puissance ou présentent des faiblesses sur le plan méthodologique, ce qui n'a pas permis d'établir un lien significatif avec la rotation des variétés postérieures.

Des études supplémentaires sont nécessaires afin de confirmer le lien entre les différentes techniques posturales ou encore le lien entre l'utilisation des ocytociques et la rotation des VP. D'autres études pour tester certaines méthodes empiriques comme l'acupuncture sont également nécessaires.

5.2. Uniformiser les pratiques

A l'issue de l'étude, il a été constaté que les pratiques diagnostiques et interventionnelles concernant la prise en charge des variétés postérieures variaient selon les maternités et selon les sages-femmes. Il existe donc un défaut de consensus sur la prise en charge de ces variétés pendant le travail.

Il apparaît alors important d'uniformiser les pratiques en proposant un protocole de prise en charge basé sur les données scientifiques actuelles, que chaque maternité pourrait adopter et adapter selon les habitudes du service.

Les items du protocole pourraient être :

- En cas de diagnostic clinique d'une variété postérieure ou de doute clinique, réaliser immédiatement une échographie à la recherche des globes oculaires pour confirmer le diagnostic de variété postérieure
- Mettre en œuvre des interventions pour favoriser la rotation du fœtus : favoriser la mobilisation et proposer régulièrement le changement de position surtout si une APD est en place
- Proposer à la patiente le décubitus latéral du même côté que le dos fœtal puis varier les positions
- Réaliser une tentative de rotation manuelle à dilatation complète
- Mettre en place une perfusion contenant des ocytociques pour obtenir une dynamique utérine suffisante.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de décrire les pratiques diagnostiques et interventionnelles des variétés occipito-postérieures lors des première et deuxième phases du travail d'accouchement.

A l'issue de ce travail, il a été constaté que les sages-femmes diagnostiquaient une variété postérieure grâce au toucher vaginal puis réalisaient une échographie en cas de doute clinique.

Concernant leur prise en charge interventionnelle, les sages-femmes utilisaient des postures maternelles et notamment le décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal, et encourageaient la patiente à se mobiliser et à varier les positions au cours du travail. Peu de sages-femmes pratiquaient la rotation manuelle lors de la première phase du travail mais elles étaient plus nombreuses à l'utiliser lors de la seconde phase. Enfin, peu de sages-femmes utilisaient les ocytociques pour la rotation des variétés postérieures si la dynamique utérine était suffisante.

Au terme de ce travail, il peut être souligné le manque de preuves scientifiques de certaines pratiques déclarées par les sages-femmes, nécessitant de nouvelles recherches.

Un essai clinique randomisé pourrait être réalisé pour évaluer le lien entre l'utilisation d'ocytociques et la survenue d'une rotation.

Enfin, après des recherches supplémentaires, il est nécessaire d'uniformiser les pratiques maïeutiques en établissant un protocole spécifique de prise en charge de ces variétés. Ce protocole pourrait être intégré au sein de chaque maternité, dans le but ultime de favoriser la rotation antérieure des variétés postérieures et ainsi de diminuer les morbidités maternelle et néonatale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fitzpatrick M, McQuillan K, O’Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol. déc 2001;98(6):1027-31.*
2. Neri A, Kaplan B, Rabinerson D, Sulkes J, Ovadia J. The management of persistent occipito-posterior position. *Clin Exp Obstet Gynecol. 1995;22(2):126-31.*
3. 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.*
4. Le bassin obstétrical - cours.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/bassinobstetrical/site/html/cours.pdf>
5. Joliot P. La prise en charge des variétés postérieures pendant le travail [Internet] [Mém. Fin Et : Maïeutique]. [Ecole de Sages-Femmes]: Université de Lorraine; 2011 [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_JOLIOT_PERRINE.pdf
6. Lambert N. La rotation des variétés postérieures [Internet] [Mém. Fin Et : Maïeutique]. [Ecole de Sages-Femmes de Nantes]: Université de Nantes; 2008 [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/bb92e5ab-3f76-4181-9b7c-1e130c2d7e28>
7. Schaal J-P, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M, Collectif. Mécanique et techniques obstétricales. 4e édition. Montpellier: Sauramps Médical; 2012. 922 p.
8. Boirel M. La rotation manuelle des variétés postérieures ou transverses : état des lieux en Basse-Normandie [Internet] [Mém. Fin Et : Maïeutique]. Ecole de Sages-Femmes de Caen; 2014 [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070802/document>
9. Phipps H, Hyett JA, Kuah S, Pardey J, Ludlow J, Bisits A, et al. Persistent Occiput Posterior position - OUTcomes following manual rotation (POP-OUT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 15 mars 2015 [cité 1 mars 2017];16. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4436169/>
10. Persistent Lateral and Posterior Fetal Positions at the Onset of Labour.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Persistent%20Lateral%20and%20Posterior%20Fetal%20Positions%20at%20the%20Onset%20of%20Labour.pdf>

11. Phipps H, de Vries B, Hyett J, Osborn DA. Prophylactic manual rotation for fetal malposition to reduce operative delivery. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009298.pub2>
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 Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* sept 2006;19(9):563-8.
13. Andrews CM. Changing fetal position. *J Nurse Midwifery.* 1 janv 1980;25(1):7-12.
14. Torpin R, Holmes LP. The Influence of the Placental Site Upon Fetal Presentation. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 1943;46(2):268-73.
15. Simkin P. The fetal occiput posterior position: state of the science and a new perspective. *Birth Berkeley Calif.* mars 2010;37(1):61-71.
16. Ridley RT. Diagnosis and Intervention for Occiput Posterior Malposition. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1 mars 2007;36(2):135-43.
17. Boog G. Moyens de réduire la fréquence et les complications des variétés de position occipitopostérieures lors de l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* nov 2006;34(11):1003-6.
18. Sizer AR, Nirmal DM. Occipitoposterior position: associated factors and obstetric outcome in nulliparas. *Obstet Gynecol.* nov 2000;96(5 Pt 1):749-52.
19. Zabéo L, Balzing M.P, Tramier D, Desbrière R, Cravello L. La rotation des variétés postérieures et transverses en occipito-sacré : étude dynamique du travail. *Lett Gynécologie* [Internet]. 2008 [cité 15 mars 2017];(334). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14507.pdf>
20. Akmal S, Tsoi E, Kametas N, Howard R, Nicolaides KH. Intrapartum sonography to determine fetal head position. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* sept 2002;12(3):172-7.
21. 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.

22. Rozenberg P, Porcher R, Salomon LJ, Boirot F, Morin C, Ville Y. Comparison of the learning curves of digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position during labor. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* mars 2008;31(3):332-7.
23. Schaal J-P, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. [cité 25 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/7938/resultatrecherche/1>
24. Guittier M-J, Othenin-Girard V. Correction des variétés occipito-postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement : intérêt des postures maternelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2012;40(4):255-60.
25. 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.
26. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/abstract>
27. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001063.pub3/abstract>
28. Anderson T. Hands/knees posture in late pregnancy or labour for malposition (lateral or posterior) of the presenting part. *Pract Midwife.*
29. Biancuzzo M. The patient observer: does the hands-and-knees posture during labor help to rotate the occiput posterior fetus? *Birth Berkeley Calif.* mars 1991;18(1):40-7.
30. Stremler 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 Berkeley Calif.* déc 2005;32(4):243-51.
31. Ou X, Chen X, Su J. [Correction of occipito-posterior position by maternal posture during the process of labor]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* juin 1997;32(6):329-32.

32. Wu X, Fan L, Wang Q. [Correction of occipito-posterior by maternal postures during the process of labor]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. août 2001;36(8):468-9.
33. Postures au cours du travail [Internet]. [cité 6 déc 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_071_schaal.pdf
34. Tu me fais tourner le tête ? CNGOF [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2014%252FMAJ%2Ben%2BGynecologie%2Bet%2BObstetrique%252FParite%2BI%2B-%2BObstetrique%252FTu%2Bme%2Bfais%2Btourner%2Bla%2Btte-rotation%2Bdes%2Bvarits%2Bpostrieures.pdf>
35. Le Ray C, Goffinet F. Technique et intérêt de la rotation manuelle en cas de variété postérieure. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. oct 2011;39(10):575-8.
36. 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.
37. Reichman O, Gdansky E, Latinsky B, Labi S, Samueloff A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. janv 2008;136(1):25-8.
38. 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 Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. janv 2011;24(1):65-72.
39. REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
40. 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.
41. Malvasi A, Tinelli A, Barbera A, Eggebø TM, Mynbaev OA, Bochicchio M, et al. Occiput posterior position diagnosis: vaginal examination or intrapartum sonography? A clinical review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 1 mars 2014;27(5):520-6.
42. Chou MR, Kreiser D, Taslimi MM, Druzin ML, El-Sayed YY. Vaginal versus ultrasound examination of fetal occiput position during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol*. août 2004;191(2):521-4.

43. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2016;215(4):511.e1-511.e7.
44. Sen K, Sakamoto H, Nakabayashi Y, Takeda Y, Nakayama S, Adachi T, et al. Management of the occiput posterior presentation: a single institute experience. *J Obstet Gynaecol Res.* janv 2013;39(1):160-5.
45. Phipps H, de Vries B, Jagadish U, Hyett J. Management of occiput posterior position in the second stage of labor: a survey of midwifery practice in Australia. *Birth Berkeley Calif.* mars 2014;41(1):64-9.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire distribué aux sages-femmes travaillant en salle de naissance
dans les maternités volontaires d’Auvergne

**DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES VARIETES OCCIPITO-
POSTERIEURES PENDANT LES 1^{ERE} ET 2^{EME} PHASES DU TRAVAIL :
PRATIQUES DES SAGES-FEMMES d’AUVERGNE**

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

.....

2. Dans quel type de maternité / secteur exercez-vous ?

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3
- Libéral avec exercice en plateau technique

3. Avez-vous participé à des formations complémentaires à votre diplôme de sage-femme (DU, DIU...) ?

- Oui
- Non

4. Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- DIU Echographie obstétricale
- DIU Mécaniques et techniques obstétricales
- DIU Acupuncture
- DIU Suivi gynécologique de prévention
- Autre :

PRATIQUES DIAGNOSTIQUES

5. De manière générale, à quel moment recherchez-vous la variété de présentation pendant le travail ?

- Le plus tôt possible, dès que la dilatation cervicale le permet
- A partir du moment où le travail est avancé (> 7cm) voire à dilatation complète
- Vous ne la recherchez pas
- Autre, précisez :

6. Comment diagnostiquez-vous une variété postérieure ?

- Diagnostic clinique uniquement (toucher vaginal)
- Toucher vaginal puis échographie si doute clinique
- Toucher vaginal + échographie systématique quelque soit la présentation
- Echographie d'emblée
- Autre, précisez :

PRATIQUES INTERVENTIONNELLES

7. Selon vous, les variétés occipito-postérieures sont :

- Physiologiques
- Pathologiques
- Potentiellement dystociques
- Ne sait pas

8. Lorsque vous êtes confronté à une variété postérieure pendant le travail, intervenez-vous pour la corriger ?

- Oui, dès la suspicion ou le diagnostic
- Oui mais après dilatation complète (début de la deuxième phase du travail)
- Non, je n'interviens pas (*passer directement aux commentaires généraux*)

Autre, précisez :

INTERVENTIONS PENDANT LA PREMIERE PHASE DU TRAVAIL : ENTREE EN TRAVAIL

→ DILATATION COMPLETE

9. En cas de variété postérieure suspectée ou diagnostiquée pendant la 1^{ère} phase du travail, utilisez-vous des techniques posturales pour faciliter la rotation ?

Oui

Non

10. Si oui, quelle(s) position(s) utilisez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

Position à quatre-pattes

Décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal

Décubitus latéral de même côté que le dos fœtal

Autre, précisez :

11. Selon vous, combien de temps doit être utilisée une position pour être efficace (induire une rotation complète ou incomplète) ?

Moins de 15 minutes

15 à 30 minutes

Plus de 30 minutes

Ne sait pas

12. Encouragez-vous la patiente à se mobiliser, à changer de position au cours du travail ?

Oui

Non

13. Si oui, à quelle fréquence proposez-vous à la patiente de changer de position ?

Une ou plusieurs fois entre les examens (touchers vaginaux)

<input type="checkbox"/> A chaque examen (toucher vaginal) <input type="checkbox"/> Un examen sur deux ou moins <input type="checkbox"/> Jamais

<p>14. Pratiquez-vous la rotation manuelle pendant la première phase du travail ?</p> <input type="checkbox"/> Oui, si la dilatation cervicale et la situation clinique le permettent <input type="checkbox"/> Non, jamais pendant la première phase du travail <input type="checkbox"/> Ne sait pas
--

<p>15. En cas de variété postérieure administrez-vous des ocytociques pendant la première phase du travail (mise en place d'une perfusion d'ocytocine ou augmentation du débit si déjà en place) ?</p> <input type="checkbox"/> Systématiquement si le rythme cardiaque fœtal (RCF) est normal et qu'il n'y a pas d'hypertonie ni d'hypercinésie <input type="checkbox"/> Seulement si la dynamique utérine est insuffisante (moins de 3 CU par 10 minutes) et que le RCF est normal <input type="checkbox"/> Non jamais <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
--

<p>16. En cas de variété postérieure suspectée ou diagnostiquée pendant le travail, encouragez-vous la patiente à bénéficier d'une analgésie péridurale (si elle n'est pas déjà en place) ?</p>	
a. Primipare	b. Multipare
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>17. Selon vous, la mise en place d'une APD peut-elle faciliter la rotation ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
--

18. Lorsque vous diagnostiquez une variété postérieure, prévenez-vous l'obstétricien ?

- Oui, quelque soit la phase du travail
- Seulement à dilatation complète si la présentation reste postérieure
- Vous le prévenez seulement lorsque vous débutez les efforts expulsifs
- Vous l'appellez uniquement pendant les efforts expulsifs si la présentation ne tourne pas, ne descend pas ou si le rythme cardiaque fœtal présente des anomalies
- Autre, précisez :

ALTERNATIVES

19. Quelle(s) alternative(s) proposez-vous à la patiente pour faciliter la rotation pendant le travail (plusieurs réponses possibles) ?

- Baignoire (patiente sans APD)
- Espace physiologique (selon les maternités)
- Ballon (patiente sans APD)
- Vous expliquez la situation à la patiente, vous l'encouragez et l'accompagnez en étant auprès d'elle le plus souvent possible
- Acupuncture
- Aucune de ces propositions
- Autre, précisez :

INTERVENTIONS PENDANT LA DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL : DILATATION COMPLETE →

EXPULSION

20. Utilisez-vous les postures maternelles pour faciliter la rotation après dilatation complète ?

- Oui
- Non

21. Si oui, laquelle ou lesquelles (plusieurs réponses possibles) ?

- Position à quatre pattes
- Décubitus latéral du côté opposé au dos fœtal
- Décubitus latéral du même côté que le dos fœtal
- Autre, précisez :

22. A dilatation complète, encouragez-vous la patiente à changer de position ou conservez-vous la même position jusqu'au début des efforts expulsifs ?

- Même position (facilitant ou non la rotation)
- Changement de position

23. Avez-vous recours à la rotation manuelle face à une variété postérieure à dilatation complète ?

- Oui, si la situation clinique le permet
- Non

24. Si une première tentative de rotation manuelle a échoué pendant le travail, faites-vous une nouvelle tentative à dilatation complète ?

- Oui, si la situation clinique le permet
- Non

25. A dilatation complète, lorsque vous diagnostiquez une variété postérieure, avez-vous recours à des ocytociques (mise en place d'une perfusion ou augmentation du débit si perfusion déjà existante), même si la dynamique utérine paraît suffisante (3 CU par 10 min ou plus) ?

- Oui
- Non

26. En cas de variété postérieure persistante, lorsque vous débutez les efforts expulsifs (plusieurs réponses possibles) :

- Vous appelez l'obstétricien pour induire la rotation à l'aide d'un instrument (ventouse, forceps)
- Vous attendez environ 30 minutes d'efforts expulsifs avec un RCF normal pour appeler l'obstétricien (non progression de la présentation)
- Vous tentez une rotation manuelle sur un effort expulsif
- Vous guidez les efforts expulsifs sans intervention et réalisez l'accouchement en OS

- Aucune de ces propositions

- Autre, précisez :

27. Commentaires généraux :

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

Je vous remercie de votre participation.

DUMAY MANON

Etudiante Sage-femme en 5^{ème} année

Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand

RESUME

Introduction : Plusieurs attitudes ont été décrites pour améliorer le diagnostic et favoriser la rotation des variétés occipito-postérieures, mais il existe un défaut de consensus sur leur prise en charge pendant le travail.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale réalisée au sein des maternités d'Auvergne grâce à la diffusion de questionnaires auprès des sages-femmes exerçant en salle de naissance.

Résultats : Les résultats ont montré que le moyen diagnostique le plus utilisé est le toucher vaginal puis l'échographie en cas de doute clinique. La position la plus utilisée était le DL du côté opposé au dos fœtal. La rotation manuelle était peu utilisée pendant la première phase du travail (14,4%). Peu de sages-femmes utilisaient l'ocytocine comme un méthode de rotation lors de la première phase du travail.

Discussion : La méthode diagnostique utilisée par la majorité des sages-femmes est conforme aux recommandations retrouvées dans la littérature. Les recommandations posturales (DL du même côté que le dos fœtal) ne sont pas en accord avec les résultats retrouvés. Il peut être souligné le manque de preuves scientifiques de certaines pratiques déclarées par les sages-femmes, nécessitant de nouvelles recherches. Il apparaît également nécessaire d'uniformiser les pratiques en proposant un protocole de prise en charge des variétés postérieures.

Mots-clés : variété postérieure, prise en charge, travail, sage-femme

ABSTRACT

Background : Most practices were described to improve the diagnosis and to promote the fetal rotation of fetal occiput posterior positions but there is no consensus for the management during labour.

Study design : This is an observational study with a descriptive aim realized in Auvergne's maternities thanks to the distribution of questionnaires to midwives exercising in delivery room.

Results : The results showed that the most used diagnostic method is the vaginal examination then the ultrasound in cases of clinical doubt. The most used position was the lateral asymmetric decubitus posture on the side opposite that of the fetal spine. Manual rotation was little used for the first stage of labour (14,4%). Few midwives used oxytocin as a rotation method.

Discussion : The diagnostic method used by the majority of midwives was in line with the recommendations found in the literature. The postural recommendations (lateral asymmetric decubitus posture on the same side as the fetal spine) are not in line with the results. It should be emphasized the lack of scientific evidence about some practices declared by the midwives, needing new searches. It also seems necessary to standardize the practices by suggesting an occiput posterior position management protocol.

Keywords : occiput posterior position, management, labour, midwife