

Réhabilitation de l'accouchement du siège par voie basse, dans une maternité de niveau III, par la mise en place d'un protocole obstétrical

Alexis Jordan

▶ **To cite this version:**

Alexis Jordan. Réhabilitation de l'accouchement du siège par voie basse, dans une maternité de niveau III, par la mise en place d'un protocole obstétrical. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01873523

HAL Id: dumas-01873523

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01873523

Submitted on 13 Sep 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.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

THESE
Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice
Le Mardi 12 Septembre 2017
Par

Alexis JORDAN
Né le 13 Novembre 1987 à Nevers (58)
Interne de D.E.S de Gynécologie-Obstétrique

REHABILITATION DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE PAR VOIE BASSE, DANS UNE MATERNITE DE NIVEAU III, PAR LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE OBSTETRICAL

Devant le Jury composé de :

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE	Président du jury
Monsieur le Professeur Emmanuel BARRANGER	Assesseur
Monsieur le Professeur Bruno CARBONNE	Assesseur
Monsieur le Docteur Sergio ELENI DIT TROLLI	Assesseur
Madame le Docteur Caroline ADRADOS	Directrice de thèse

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

« Là où se trouve une volonté, se trouve un chemin »

« Je ne crois aux statistiques que lorsque je les ai moi-même falsifiées »

- Sir Winston Churchill

Se construire en tant que jeune médecin est un processus incroyablement difficile.
Les jours sont faits de vie, de joies, de pleurs, de rires, de mort, de fatigue, de stress, de sang, de corps et d'âmes.
Cela avec une horloge qui défile bien plus vite qu'attendu.
Chaque personne autour de nous apporte sa pierre, son ciment ou sa brindille.
La médecine est avant tout un contact humain, et une vie professionnelle épanouie ne s'envisage que basée sur un entourage solide.
Le moment des remerciements s'étend donc afin que toutes les personnes qui m'ont permis d'affronter les épreuves sereinement trouvent ici le leur.

A notre Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Jérôme Delotte,

Tu me fais l'honneur de présider cette thèse,

C'est un privilège d'apprendre à travailler à tes côtés,

Et un plaisir de le faire avec une pointe d'humour.

Ta rigueur et ton sens du travail accompli sont des exemples à suivre au jour le jour.

La dévotion que tu as pour les membres de ton équipe est reconnue par tout un chacun.

Tu as été d'un grand soutien dans le développement de mon projet professionnel.

Je te remercie de l'écoute et des conseils que tu m'as prodigués tout au long de ces cinq années.

Je sais que je te dois énormément.

Reçois l'expression de ma grande gratitude et de mon plus profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Emmanuel Barranger,

Vous me faites l'honneur de sortir des sentiers chirurgicaux pour juger cette thèse,
J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que vous étiez un patron comme tous les internes rêvent d'avoir,
Votre empathie envers les patientes, votre sollicitude pour vos internes et votre équipe, ainsi que votre sens chirurgical sont exemplaires pour tous.
Pour le jeune sportif que je suis, vous êtes un modèle.
Pour le jeune médecin aussi.
Votre aide m'a été plus que précieuse.
Voyez en ces lignes l'expression de mon immense admiration.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bruno Carbonne,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse,

Je regrette de ne pas avoir eu le plaisir de travailler avec vous,

Votre expertise scientifique et vos compétences sont unanimement reconnues.

Apprendre à vos côtés aurait été une chance immense.

Il me reste l'espoir de travailler un jour en collaboration avec vous.

Soyez assuré de mon très grand respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Sergio Eleni Dit Trolli,

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse,
Travailler en équipe avec vous est un plaisir et une chance.
Les nouveau-nés, même les plus graves, ont plusieurs as dans les mains quand ils sont dans les vôtres.
La bonne humeur que vous exprimez en toute occasion est précieuse lors des situations difficiles.
Votre rigueur et vos connaissances sont des modèles pour moi,
Soyez assuré de mon profond respect.

A ma Directrice et Amie,

Madame le Docteur Caroline Adrados,

Tu es plus que la directrice de cette thèse.
Bien entendu je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, et de ton aide généralisée.
Par ta volonté journalière de prendre en charge les patientes au mieux, tu as énormément contribué aux résultats de cette étude.
Tu es l'obstétricienne que l'on rêve d'avoir.
Tes compétences, ta douceur et en même temps ta fermeté me font avoir une confiance aveugle en toi.
Tu es surtout une femme extraordinaire, à bien des égards, et Ellie a une chance immense de t'avoir pour mère.
Tu incarnes pour moi le concept de nano-psychologie !! Tes conseils sont plus que précieux.
Vois en ces lignes l'expression de mon immense gratitude et de mon amitié sincère.

A ma famille,

A **mes parents**,
J'ai été plus que chanceux d'être votre fils.
Vous êtes, chacun et ensemble, les meilleurs parents que l'on puisse rêver d'avoir.
Votre amour et votre éducation sont des piliers sur lesquels j'ai pu grandir sereinement.
Notre famille bien sûr a connu des vagues et des tempêtes,
Mais comme la mer vue du rivage, elle est parfaite.

A **ma mère**,
Tu es la meilleure maman.
Du monde entier.
Ton amour sans faille, ta présence, ton soutien inébranlable et ton manque d'objectivité flagrant envers tes enfants devraient être enseignés à l'école des mamans.
Un amour comme le tien est la chose la plus précieuse qu'un enfant puisse rêver d'avoir.
J'ai quelques fois refusé de voir qu'une maman, c'est parfois fragile,
Mais cela ne rend mon amour pour toi que plus solide.
Je t'aime

A **mon père**,
Tu es mon héros. La seule personne que j'ai envie d'impressionner.
J'ai grandi avec tes victoires sportives et tes aventures.
Tu as même été capable de battre la vilaine faucheuse, qui en plus attaquait par surprise.
Ton amour et tes conseils m'ont permis de me construire, tu m'as appris toutes les choses importantes de la vie : ne jamais rien lâcher, toujours se dépasser, être droit et honnête, détester les anglais au rugby… les allemands et les italiens au foot…
J'espère que ce que tu vois te rend fier.
Je suis heureux et fier d'être ton fils.
Je t'aime

A **ma sœur**,
Tu es à moi aussi ma Nenette,
Je sais grâce à toi que les petites disputes de frère et sœur permettent de construire un amour fraternel infini.
Tu es une petite sœur avec laquelle on ne s'ennuie pas, mais surtout je sais que je peux compter sur toi n'importe quand.
Nous avons pris des trajectoires de vie différentes, ce qui t'a permis de nous apporter plein de bonheur.
Sois sûre, toi aussi, que je t'aime.

A **Sylvain**,
Du jeune geek incroyablement timide, tu es aujourd'hui un super beau frère !
Etant donné qu'il fallait être deux pour créer la petite bestiole qui vient après, tu as toi aussi apporté plein de bonheur dans notre famille !!
Je profite d'être encore, au moins pour quelque temps, plus rapide sur le papier pour lancer le défi d'aller bientôt chercher les 3 heures ensemble sur la grande distance !

A **Rose**,
T'auras un vrai remerciement quand t'arriveras à dire correctement mon prénom…
Tu es, en plus de ma nièce préférée, une supère Pepette que j'aime très très fort !
Je t'aimerai aussi même si tu n'étais pas la plus belle !

A **mes grand-parents**,
Mamie Jordan, qui est l'incarnation bérichonne de la Mamma italienne.
Tu as une quantité infinie d'amour dans le cœur que tu sais répartir et multiplier entre tous tes enfants, petits, et arrières petits-enfants.
Tu as su réunir autour de toi une magnifique famille, tu es pour moi l'incarnation idéale de la bonté et de l'amour.
Je n'aurai pu rêver avoir une autre grande mère.
La distance ne m'empêche pas de te porter les mêmes sentiments que tu nous montres.
Papi Jordan, qui j'espère aurait été fier de cet instant.

Papi et Mami Favière,
L'absence de mots n'est pas forcément signe de maux.
Le rôle d'une famille est de se serrer les coudes dans les moments difficiles, et à ce titre vous êtes de parfaits grands parents.
L'amour a mille et une formes, il est probablement chez vous pudeur.
Il est pour moi hérité, et vous est donc, à part égale réparti dans mon cœur.

Et à toute ma magnifique tribu d'oncles, tantes, cousins et cousines +/- petits, qui ont rendus les noëls d'enfance magiques, et les réunions de famille inoubliables.
Eric, **Michel**, **Daniel**, **Nicolas**, **Daniel**, **Marie-Laure**, et **Catherine**. Puis **Fabrice**, **Nicolas** et **Catherine**. Mais aussi **Elsa**, **Annie**, **Helène**, **Véro**, **Sandra** et **Nadine**.
Dédicace particulière à **Gwen**, **Florian**, **Mélanie** et **Morgane** qui rendent ces souvenirs d'enfance si doux.

A **Sophie**…

A **Alice**,

La vie a été si généreuse en te faisant rentrer dans mon existence.
Tu es une personne magnifique, la méchanceté n'a trouvé aucun engrais en toi.
Tu es douceur, joie, tendresse, rires, humour, crapulerie, honnêteté et tellement de choses qui font que je m'imagine tous les jours, et de plus en plus chaque jour, vieillir à tes côtés.
La plus grande de mes peurs est d'imaginer vivre sans toi.
La vie à tes côtés est belle, parce que tu la rends simple.
Chaque instant avec toi est chéri puisque tu catalyses le simple en beau et le beau en merveilleux.
Traverser les épreuves avec toi semble facile.
Tu es tout à la fois l'amie que je peux taquiner et avec qui rire de tout, la copine qui m'apprend à jouer à Zelda (et qui prend la manette pour les passages trop difficiles…), la compagne avec qui je partage les mêmes valeurs tout en cultivant nos différences, la chérie que je peux aimer sans avoir à changer.
Je pourrais écrire des pages entières pour expliquer que tu es formidable, sans avoir d'antithèse à écrire…
Merci de rendre ma vie plus belle par ta présence, tes rires et ton amour.
Je t'aime

A ma belle-famille,
Vincent, vous m'avez accueilli chez vous avec tendresse et simplicité. Votre famille donne envie de la rejoindre.
Claudine, les gens autour de toi ont de la chance. Tu es calme et juste. Tes enfants (car il n'y a pas de demi pour toi) ont une chance immense.
Martin dont il me tarde d'entendre la voix, **Adrien** jeune guide des vins, **Micka** recordman de seven wonders, **Lucile** la chouchoute !
A **Valérie** qui a élevé la fille du haut de la page.

A mes amis,

A **Julie**,
Je vais me fatiguer à force d'écrire tes éloges…
Tu es la plus formidable des amies que l'on puisse rêver d'avoir,
J'ai vécu de si formidables « aventures » à tes côtés qu'il serait encore une fois trop long de les citer.
Ta gentillesse, ton humour, tes capacités vocales et ton amitié me sont plus que précieux.
Je peux aussi faire la liste des défauts, afin que les gens arrêtent de penser que tu es madame parfaite : tu cliques sur « envoyer » tous les trois mots quand tu écris des sms, tu montes très mal sur les éléphants, tu fais du sport que quand tu fais des spatules, en parlant d'éléphant tu supportes très mal la monte à cru de ces braves bêtes, tu transformes une action professionnelle en quinze… C'est tout.
Chanter avec toi un répertoire allant de Grease à Taylor Swift est un pur bonheur.
Tu es dans les bons et des mauvais moments, simplement là.
Merci pour tout.

A **Pierre-Louis**,
Pedro, l'amitié ne compte ici ni les coups de fil, ni les kilomètres.
Tu es la définition de l'ami sincère sur qui l'on peut compter.
Ta franchise et ton honnêteté, ta subtilité et l'élégance de ta pensée sont des exemples pour moi.
Tu es sagesse quand je suis exubérance, tu es calme quand je suis fureur.
La vie fait que nous ne pouvons-nous voir autant que je le souhaiterais. Les caractères font que les appels sont moins nombreux que je l'aimerais. Mais cela ne change rien à la place que tu as pour moi.
Je suis fier que tu me comptes parmi tes amis.
Personne ne me protège mieux des videurs consanguins que toi !

A **Julie B**.
Malgré l'éloignement, les choix de vie différents et cette récente distance, ta place est ici.
Tes conseils ont toujours été avisés, ta présence toujours apaisante. Les moments avec toi enrichissants.
Je te souhaite un immense bonheur avec la petite Louise et Faf.

A **la Pesket Team**,
Un peu comme les acteurs d'une série télé, certains comme moi se sont rajoutés au casting original pour parvenir à cette jolie bande de poètes, esthètes et sportifs, mais avant tout d'amis.
Je persiste : L'amitié ne compte ni les coups de fil, ni les kilomètres.
Trouvez ici la gratitude de pouvoir tous vous compter comme mes amis, et l'assurance de ma disponibilité permanente pour vous.

Les collocs avec qui la vie en communauté a été et est une incroyable aventure journalière :
Clément, en éternel questionnement, tu as l'esprit le plus ouvert que je connaisse et les conversations avec toi pourraient durer des heures sans jamais perdre d'intérêt. Tu es, j'en témoigne, un soutien indéfectible pour tes amis.
Lolo, Looping tu es franc et droit, capable de me faire dégoupiller en une balle au ping-pong ou d'énerver puis d'échapper à des videurs de la Marne. Capable d'une écoute et d'une maturité insoupçonnées au début, tu es une très belle personne qui me surprendra toujours.
Pesket, « Jesus was a Pesket », mais lui, il n'était pas chirurgien. Ta culture immense et tes valeurs humaines font de toi un ami précieux. Même si tu ne fais partie que d'une des deux grandes familles Saint-Martinoise, je n'oublierai jamais ton aide.
Xavier, ton sens de l'équité, ton calme et ta sérénité (jusqu'à un certain point) font de toi une personne unanimement appréciée. Tu mérites l'amour qui t'a arraché en premier à la colloc. Même si l'on se voit moins depuis, je n'oublie pas les moments passés ensemble.

Les niçois :
Enfin Corse... Bref **Philou**
Tu portes en toi la noblesse et la fierté des gens de l'ile de beauté. Ton humour et ta grandeur en soirée font de toi une personne formidable. Tu restes le maitre incontesté des toilettes du premier.
Viv' la tranche aussi développée que le sens des valeurs, ta bonne humeur et ton rire sont contagieux.

Les expatriés métropolitains :
Hugo, ton humour malicieux et ta compréhension des gens sont des modèles. Tu es une personne sans compromis à l'honnêteté précieuse.
Pierre, le magicien dont les potions sont la parfaite illustration de ton imagination et de ton humour. Tous les groupes d'amis rêvent d'avoir une personne comme toi.

Les expatriés antillais :
Charly, honnête devant toute chose, tu as la folie nécessaire pour rendre inoubliable les instants passés avec toi. Tu seras toujours mon petit Ninut!
Maxime, mon fillot, tu es un ami généreux, drôle et compréhensif. Tu as toujours la poisse, mais tu es aussi toujours dans les bons coups. Il est impossible de s'ennuyer avec toi. J'espère un jour pouvoir lire le livre des aventures d'UltraMaxime. (Moi aussi je trouve que Harry Potter 2 est le moins bien… Même s'il est quand même super !)
Réda, doué pour tout, tu transformes tout ce que tu touches en or. Tu fais partie des gens bénis par la nature, en restant une personne simple et bonne. Ta gentillesse et ta compréhension font que tu ne peux qu'être aimé par les gens autour de toi.

Les filles et les copines :
Gwendo dont l'entente avec Xav doit faire pâlir d'envie plus d'un couple.
Jeanne douce au caractère d'acier.
Laure-So qui forme une moitié parfaite de gentillesse et d'ouverture sur le monde.
Leslie Maman N°1 de ce groupe de joyeux lurons.
Mathilde plusieurs octaves réunies dans des mots abrégés.
Manue, c'est une poupée qui dit… Sportive et droite tu es un bonheur à cohabiter par intermittence.

Sabou douce et accessible. Ce sont nos choix qui nous définissent, et ta définition est belle. Sans oublier **Johanna**, **Maëlle, Margaux** et **Chloé.**

---------- Ceci signe la fin de la PT ----------

A ceux sans qui les P1, (et la suite), auraient été différentes :
Alex, j'aimerais voir le futur brillant qui t'est réservé. **Benny**, BTM. **Fry**, mon parrain mélomane. **JulienJul**, frère de date de naissance (à plus ou moins un an).
Lisouille, qui aura été présente pour les derniers mètres de la deuxième course.

Puis les années Fac :
Pierro, encore une personne affolante de facilité dans la vie. Tu es je le sais un grand médecin et une très belle personne.
Léa, tu es d'une si étrange complexité que tu es capable de prendre cela pour le plus beau des compliments. C'en est un. Tu es aussi généreuse et attentive aux gens autour de toi (enfin certains). J'espère te trouver heureuse.
Dorsa, ma jumelle que je ne vois pas assez. Tu es pour moi l'élégance incarnée. Tu mérites le bonheur que tu as.
Eva, Mummy PamPam, je n'oublie pas les soirée CLAB et les sushis.
Adrien, pareil, mais avec double Daddy !!
Clémentine pour toutes ces gardes si bien payées… Petit panda !
Pauline ma fillote petite mais costaude !
Tiara, **Cécile**, **Romain** et **Ben** pour toutes ces contrées, les rires et les soirées.

La sous-colle de D4, les distances de l'internat n'effacent pas le labeur effectué ensemble.
Anne, solide et droite par-dessus tout.
Elise, discrète, je ne te vois plus assez courir !
Jeff, tu étais le plus fort d'entre nous. Tu es j'en suis certain aujourd'hui un médecin extraordinaire. Tu es une des personnes que je regrette le plus de ne pas connaître assez.

Au BDE :
Céline, **Quentin** la vie aurait pu nous faire autrement plus proches, **Seb**, **PM**.

Et les années d'internat :
Rémi et Lucile, couple Lillo-Niçois, votre bonne humeur, votre gentillesse et votre manière d'envisager la vie font de vous des personnes que l'on aimerait garder près de soi très longtemps.
Les Fréjussiens, capitale internationale du Ping-Pong : **Martin, Christophe, Greg.**
Edouard encore la preuve que les gens du nord sont les meilleures compagnies.
Flo, le marseillais qui contamine les gens avec ses expressions énervées, merci pour bébé chat…

Aux collocs Parisiens et Niçois :
Mélodie avec qui la collocation a été brève mais plaisante et enrichissante.
Julie voyageuse de l'extrême.
Renaud pour ton ouverture d'esprit et ta grande gentillesse.
Et bien entendu : **Polo** !! Maitre incontesté du Seven Wonders et de la salade, vivre à tes côtés est un réel plaisir. Tu enrichis ton entourage de ton rire et de ta bonne humeur. J'aimerais voir la vie avec ton regard.

A **Micka**, qui a le pouvoir le rendre les gens heureux. J'espère que la vie nous offrira de nombreux moments pour mieux nous connaître.
A **Mik**, qui a le pouvoir d'Iron-Man (en plus de changer l'eau en Pastis)
A **Martin**, qui a le pouvoir de se jeter en plein vol d'un avion qui va très bien. Tu es d'une générosité inouïe, et d'une grande sincérité. Les gens comme toi sont précieux.

Spéciale Dédicace

A **Pépou**
Quand j'étais petit, le linge passait du bac de sale à mon armoire, tout frais et plié, au cours d'un processus complexe et incompréhensible.
Tu as fait pareil avec cet immense recueil de données pour en sortir des jolis chiffres avec des petits p. A plusieurs reprises…
Merci pour ton aide plus que précieuse.
Tu es un créateur que la réussite attend au tournant, ajouté à cela ta famille parfaite… Tu as tout.
Sois remercié ici de la part, plus que majeure, que tu as prise dans ce travail.

Aux maîtres et chefs qui m'ont guidé au cours du long voyage que représente l'internat :

Au CHU l'Archet :

A **Monsieur le Professeur André Bongain**, vous êtes le papa des internes.
Vous m'avez appris l'ordre dans la pensée, le sens du détail.
Vous êtes toujours là pour soutenir vos internes dans les coups durs.
Je regrette que vous n'ayez pas décidé de participer à cet événement, vous êtes une personne droite, fière et sans compromis, cela ne peut que se respecter.
Je n'oublie pas ce que je vous dois.
Au **Docteur Magali Hilmi**, tu es la perle de l'obstétrique et nous empêche de tourner en rond. Les gardes avec toi sont précieuses.
Au **Docteur Cynthia Trastour**, qui est toujours là pour les avis importants et chasser le globule. Je crois que tu sais tout sur tout, même comment on transforme les majuscules en minuscules sur Word.
Au **Docteur Mélanie Frigenza**, les patientes et les internes ont de la chance d'avoir un jeune médecin comme toi. Il n'y a que du bon à apprendre de toi.
Au **Docteur Delphine Quaranta**, tu as été l'âme de ce service, ta vision de la médecine est pour moi un modèle. J'espère que la croix blanche t'apporte tout le bonheur qui t'es dû.
Au **Docteur Véronique Isnard**, vous avez été patiente pour m'apprendre les bases du vaste monde de la PMA.
Au **Docteur Samir Boukaïdi**, tu es sous cet air bourru et détaché, un vrai gentil, qui ne souhaite que le bien pour les gens. Tu resteras pour moi comme le premier à m'avoir accompagné dans « ma » césarienne.
Au **Docteur Maxence Dorez**, ton humour et notre entente font que travailler à tes côtés a toujours été un plaisir. Enfin à trois avec Paolo… « Ma qué yé vais loui mettre ouna proustinao »…
Sans oublier les Docteurs **Lyna Faraj-Maiffredi** et **Sarah Nataf-Bouaziz** qui ont accompagné mes premiers pas, le **Docteur Jellila Tahiri** pour sa bonne humeur et sa gentillesse, le **Docteur Justine Cagnat** pour son savoir faire, et le Docteur **Laurent Clerté** dont l'expérience, la science des langues étrangères et les anecdotes multiculturelles nous manquent..
A **Tous**, c'est à vous que je dois une grande partie du médecin que je deviens, j'espère que ce que vous voyez vous satisfait.

Aux Anesthésistes-Réanimateurs de l'Archet

Au **Docteur Annick Lallia** qui a été un modèle pour des générations, une terreur pour les jeunes obstétriciens. Evoluer à vos côtés était rassurant. Je suis fier de dire que j'ai pu travailler avec vous.
Au **Docteur Isabelle Demange**, ton calme et ta sérénité, ainsi que tes compétences me font te vouer une grande admiration.
Au **Docteur Anna-Lisa Di Bari**, ton accent chantant et ta bonne humeur sont des plaisirs quotidiens, malgré tes origines douteuses…
Au **Docteur Stéphanie Albouy**, la même phrase que pour Isabelle, en blonde.
Au **Docteur Elodie Ferret**, ta douceur avec les patientes et tes octaves sont légendaires.
Au **Docteur Nathalie Zavisic**, que le temps détend et qui ne rate aucun détail.
Au **Docteur Daniel Maslowsky**, tendre moustache et bonhommie qui nous manque !

Au CHI Fréjus :

Au **Docteur Sophie Miossec**, vous êtes une femme extraordinaire et un chirurgien à qui je confierai ma famille les yeux fermés. Travailler auprès de votre douceur maternelle, de votre rigueur et de vos compétences a été un grand privilège.
Au **Docteur Jacques Ayoub**, que nous avons peu côtoyé lors de sa convalescence, mais dont l'accueil a été chaleureux.
Au **Docteur Beni Sendrisson**, et ses mètres carrés d'estomac rabotés.
Au **Docteur Mourad Tidafi**, pour ses conseils toujours avisés et sa modestie.

Au CH Cannes :

Au **Docteur Olivier Toullalan**, dont le talent est reconnu par tous. Opérer avec toi était à chaque fois un plaisir, tu m'as montré que la dictature n'est pas légion au bloc opératoire et que l'humour n'empêche pas la réussite. Tout semble facile quand on te regarde faire. Opérer en belge-québécois était une expérience unique. Il n'y a pas eu assez de 6 mois pour découvrir tous les voyages de l'homme qui a vu le monde. La question que je me pose, as-tu été chanteur de SUM 41 pendant plusieurs années ?
Au **Docteur Laurence Badetti**, pour son sens clinique et sa gentillesse à toute épreuve.
Au **Docteur Floriane Schneider**, avec qui l'obstétrique s'illumine.
Sans oublier le **Docteur Sans-Michel**.

Au Centre Antoine Lacassagne :

Au **Docteur Magali Dejode**, encore une femme extraordinaire ! Être ton bichon pendant ces 6 mois était très précieux. Ta confiance en autrui et ton empathie envers les patientes sont des modèles pour moi. Tu fais partie des chefs qu'un interne ne peut oublier et que je citerai toujours en modèle.
Au **Docteur Andréa Figl**, pour ces découvertes musicales et les chirurgies en miroir.
Au **Docteur Tarik Irhai**, pour la confiance qu'il inspire et permet de restituer dans un bloc opératoire.
Au **Docteur Julien Luini**, aux milles astuces pour impressionner la galerie.
Au **Docteur Jean-Christophe Machiavello**, chirurgien, poète, grossier, parolier, amoureux tendre. Vous ne laissez personne indifférent et cela vous convient parfaitement j'en suis certain. Opérer avec vous était un réel plaisir en toutes circonstances.

Au CHU Bichat :

A **Monsieur le Professeur Dominique Luton**, vous avez accepté de m'accueillir, et de me soutenir dans un projet à part qui me tient particulièrement à cœur. Ces six mois, à moitié, dans votre service restent en moi comme un des meilleurs moments de mon internat. Vous avez su réunir autour de vous une équipe particulièrement attachante et compétente, auprès de laquelle travailler et apprendre était un vrai plaisir. Je ne savais pas ce qui m'attendait en venant dans votre service. Au final, aucun trajet jusqu'à Bichat ne s'est effectué à reculons…
Au **Docteur Morgane Valentin**, qui m'a montré 50% de ce que je sais faire en échographie. Ton sens de la pédagogie, ta patience et tes compétences obstétricales sont des modèles pour moi. Ton humour et ta gentillesse font que te côtoyer était un plaisir. Tu pourrais donner soif d'apprendre à n'importe qui. Je n'oublie pas que c'est pour beaucoup ton nom qui va avec les nuques.

Au **Docteur Audrey Voulgaropoulos**, qui m'a montré les 50 autres pourcents. Chouchou a grandi en 6 mois et c'est en grande partie grâce à toi. Apprendre avec toi a rendu ce stage parfait. Tu es en plus une personne avec qui l'on peut rire et discuter de tout. Te connaître est un privilège. (Je trouve les corps calleux maintenant !)
A **Audrey et Morgane**, être votre interne attitré, le premier interne 100% obstétrique de Bichat, a été pour moi une chance inouïe.
Au **Docteur Claire Gauche-Cazalis**, ton calme à toute épreuve (en apparence) est pour moi un modèle. Ta vision des choses devrait être enseignée. A quand la prochaine cérémonie du thé ?
Au **Docteur Carmen Chis**, certains chirurgiens sortent du lot. Tu sors du lot de ceux-là. Rien ne te fais peur car tu sais tout faire. Opérer avec toi est un privilège dont même les instruments doivent se glorifier.
Au **Docteur Clémentine Gontier**, pour ton calme à toute épreuve et ta confiance. Les gardes avec toi étaient attendues. Cet implant était un réel traumatisme !!
Au **Docteur Laurence Hamou**, un jour j'ai eu deux PH qui me tenaient les écarteurs pour regarder ma main travailler. Cela résume ta vision de l'enseignement. Ton sens du détail m'a marqué.
Au **Docteur Juliette Phelippeau**, bébé Auguste a bien de la chance d'avoir une maman si douce et attentionnée avec les gens que toi.
Au **Docteur Martin Koskas**, merci pour ton soutien immédiat et incessant. Tu m'as accueilli chaleureusement et avec bienveillance, sans jugement. Tu es un modèle pour tout jeune futur universitaire. On attend toujours le roof-top par contre ! J'espère que tu as continué dans la course à pied fractionnée.
Au **Docteur Julien Lepage**, tu apportes la sérénité dans le travail. Même si « ça on s'en fout », ton calme dans l'urgence est un modèle pour moi.
A **Tous**, ces after-work dans le bureau Carmen, les gages payés en Prosceco, les RDV pour la salle de garde et chaque moment avec vous, ont fait de ce « demi-stage », un des meilleurs moments de mon internat.

A l'Institut National du Sport de l'Expertise et de la Performance :

Au **Docteur Carole Maitre**, vous avez accepté d'avoir un interne à vos côtés pendant six mois. Vous m'avez accueilli chaleureusement et affectueusement. Tout ce que j'ai appris dans le domaine de la médecine de la femme sportive (et pas que ça) je vous le dois. C'était un immense privilège d'apprendre à vos côtés. Vos connaissances, votre rigueur et votre expertise scientifique sont des modèles pour moi. J'espère pouvoir pendant longtemps travailler avec vous. Les athlètes ont de la chance d'avoir un médecin comme vous.
Merci pour tout.
Au **Docteur Alain Frey**, vous avez accepté la présence « du gynéco » au sein du pôle médical pendant six mois. Votre charisme impressionne en permanence, et cela n'est que renforcé quand on découvre l'immense sens clinique qui vous habite.
Au **Docteur Stéphanie N'Guyen**, pour sa pédagogie et sa bienveillance.
Au **Docteur Baptiste Coustet**, pour son accueil chaleureux et sa bonne humeur permanente.
Au **Docteur Yvan Zagouri**, médecin, physiologiste, ingénieur, mécanicien, pilote… Cosmonaute ? Y a t-il un domaine dans lequel vous ne soyez pas un puits de connaissances ?
Sans oublier le **Docteur Sébastien Le Garrec** pour sa sympathie et son accueil.

Aux Co-internes qui m'ont permis de traverser toutes ces années dans la bonne humeur :

Les niçois :

Constance à la bonne humeur perpétuelle même dans le monde du couloir vert, **Marine** pour ce stage mélange de JO, de Ping-pong, d'orthopédie, de sleeves et de lutte contre le tabagisme, **Charline** et l'œuf Kinder, **Tatiana** qui a le sens du second degré le plus incroyable que je connaisse, **Christopher** au Pokedex bien rempli, **Fanny** unanimement appréciée, **Samantha** tu avais fait plus de staff que moi ? **Vincent** Rondoudou, **Emilie** Salamèche, **MT** si gentille, et bien sûr **Justine** qui va finir par devenir chirurgien à ce rythme là- **les gynéco med** : **Solenne** toujours souriante, **Clélia** tu peux faire un remord de remord, **CharlotteS**, **Sarah** et ses triplets, **Audrey** que la méchanceté a oublié d'envahir, j'espère que tu vois en moi un bon Jordanucci - sans oublier **Louise** pour les aventures marseillaises, **Mathilde** toujours là pour rendre service, **Estelle et Morgane** les Tic et Tac du CAL, je sais jamais qui est Tic ou Tac, et la nouvelle équipe de luxe : **P-A** (Tic-Tac-Tic…) et son incroyable sens de l'ironie, **Camille** amoureuse de la nature, des cailloux et des couleurs, **Antoine «** Chuck Maurice » et **Carole** qu'on entend de partout, pour leur soutien dans la dernière ligne droite.

Les parisiens, qui ont permis de rendre ce semestre fabuleux, vous avez été une équipe de co-internes incroyables dont je garderai un souvenir impérissable :
Anne ma petite PuchPuch qui enlève si bien les points de suture, **Benjamine** qui a subi 100 blagues de mauvais goût par jour et dont la gentillesse est inscrite dans la légende, **Clara** au rire contaminant qui comprenait mes longs aller-retours provinciaux, **Hélène**… ah non pas comme ça, **Hortense** 100% bonne humeur et **Aude** 100% calme, **Antoine** je t'en dois une… merci pour tes arrivées au staff, et **Jordan** sauf le samedi.

SooooooooooRRyyyyy

Aux sages-femmes qui maternent les femmes et les jeunes internes, pour guider ces derniers hors du nid :

Celles de l'Archet, nous avons de la chance d'avoir une telle équipe :
Et tout d'abord, tellement j'la kiff, j'la mets en premier **Manue Nabet**, vice-championne olympique de Judo. Même si on est pas des haloufs, tu vas me manquer … **Emilie** qui a contribué à allumer la flamme en moi avec mon premier accouchement d'externe, **Alex Bruno** tu vois ce que je veux te dire : merci pour ces semaines à Marseille, **Alice** la douce toujours gentille et appaisante, **Floriane** la semi coureuse semi voyageuse et **Célia** l'autre semi coureuse - semi top chef, **Florence** qui est pour moi un modèle de la sage-femme parfaite, **Sauvageon** la teigne croisée avec Teddy Riner, **Marianne** maman d'une petite Alexia sans le savoir, **Juliette** Picota, **Gabrielle** toujours 100 % fraicheur, **Lulu** au rire contagieux, **Sandrine** confiance les yeux fermés et les mains dans le dos, **DJ** qui pique, **Laeti** toujours égale dans la gentillesse, **Nathalie** qui monte dans les octaves mais qui rassure toujours les internes, **Josepha** et ses boissons sorties d'ailleurs ; les deux jeunes **LaureS**, et bah du coup **Antoine… Sophie** aux paroles toujours apaisantes ; les **Martins** : **Céline** aux compétences reconnues et **Clémence** qui incarne la gentillesse et au rire incomparable, **Randell** qui rend les gardes plus légères par sa bonne humeur, **Laura** la flexitude, les deux **AudreyS** : **G** qui s'y connaît en rugby et **P** avec des Z qui n'est plus un crackers, **Louise** qui a noté d'être heureuse, **Natacha**, **Nilou**, **Pauline** qui vient du sud de l'autre côté, **MarionS**, **Fabienne** 100% GRE, **Nicole** 100% Jacquemier, **Babeth** pour ce noël de l'école arménienne. Les cadres et **Katia** que j'aime par-dessus tout embêter**, Virginie** cadre idéale (c'est un cadre en or…), **Carine** et **Latifa**. Et surtout **Maria** qui montre que l'on peut passer de supère sage-

femme à cadre géniale. Et les lâcheuses : **Jess** qui n'avait pas besoin de signer ses dossiers, **Magali**.
Et d'ailleurs :
Les **StéphanieS** de Cannes, **Alizée**, **Agnès** la championne et les **supères cadres Maryse et Cathy.**
Les CarolineS de Bichat, et surtout **Elsa** sage-femme de Luxe du DAN.

A Tata Neuneu qui rendait les débuts ou les fins de garde inoubliables par sa présence.

Aux AS et AP qui sont bien plus que ça pour les bébés nés et les bébés docteurs :
Tati au caractère de feu, **PamPam** 100% brigade sud, **Virginie**, **Cindy**, **Véro** qui a adopté la coupe parfaite de la BU, **Naïma**, **Pierrot** dont le nom de famille résume tout, et **Stéphane** chasseur de barbe au cœur tendre. **Nathalie** au meilleur des noms de famille. Et **Audrey** qui voit s'envoler bichon après bichette, **Claudine Bibiche**, **Emma** la coureuse, **Pierre** dont la bonne humeur perpétuelle pétille dans le service et bien sûr les futures IDE **Samia** la fusée et **Capu**.

Aux infirmières qui « ne sont pas sage-femme, alors si tu peux monter prescrire le doliprane, ça les arrange » :
Hamad et **Loulou** duo de choc du bloc, ainsi que **Laure** et **Marjo**
Jess, **Carole**, **Lisa**, **Mélanie** (qui présente les patients mieux que les externes), **Héléna**, **Camille**.
Camille et **Marianne** le duo de choc du CAL dont la bonne humeur était contagieuse.
Aux IADE avec lesquelles nous partageons ce coin de bureau :
Agnès et **Florence** les gentilles mamans, **Coucetteouette**, et **Betty**.

A **toutes les femmes et mères** qui nous rendent meilleurs chaque jour,

A **Madame O** et **Monsieur T**.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 28

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES 29

TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 29

FIGURE 1 - EVOLUTION DES TAUX DES VOIES D'ACCOUCHEMENT 29

INTRODUCTION 30

MATERIEL ET METHODE 32

RESULTATS 35

DISCUSSION 40

- *De l'augmentation du taux d'accouchement par voie basse*
- *Du débat sur l'accouchement du siège par voie basse*
- *De l'absence d'innocuité de la césarienne*
- *De l'importance de la formation obstétricale*
- *De l'importance de l'information délivrée aux futurs parents*
- *Des biais de notre étude*

CONCLUSION 48

ANNEXES 49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 55

SERMENT D'HIPPOCRATE 59

LISTE DES ABREVIATIONS

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

ASVB: Accouchement du Siège par Voie Basse

AVB : Accouchement Voie Basse

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

IC : Intervalle de Confiance

OSATS : Objective Structured Assessment of Technical Skills (Outil Structuré d'Evaluation Objective des Compétences Techniques)

SA : Semaines d'Aménorrhée

TBT : Term Breech Trial

TDM : Tomodensitométrie

VME : Version par Manœuvre Externe

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Caractéristiques de la population

Figure 1 - Evolution des taux des voies d'accouchement

Tableau 2 - Comparaison des voies d'accouchement entre les deux périodes

Tableau 3 - Comparaison du devenir obstétrical et néonatal entre les deux périodes

Tableau 4 - Application des éléments du protocole

Tableau 5 - Comparaison des groupes césarienne programmée vs voie basse programmée

Tableau 6 - Répartition des motifs de Césarienne Programmée

Tableau 7 - Répartition des motifs de Césarienne en Urgence

INTRODUCTION

Parmi les 800 000 naissances qui ont lieu en France chaque année, 4,7% d'entre elles se font en présentation du siège (1). Cette présentation concerne plus précisément 3% des naissances à terme.

Depuis les débuts de l'obstétrique moderne, l'accouchement par le siège a été pourvoyeur de nombreux débats entre les différentes écoles. Déjà en 1931, Soni recommandait la pratique de la césarienne systématique (2), puis Wright en 1959 (3), Trolle en 1960 (4) et Kubli en 1975 (5) publiaient des articles favorables à la césarienne.
D'autres auteurs (6,7) laissaient en revanche une place à l'accouchement du siège par voie basse (ASVB). L'accouchement du siège devint alors une pathologie à risque pour certains, une variante physiologique à respecter pour d'autres.

La publication du Term Breech Trial (TBT) de Hannah et al publié en 2000 (8), fut un séisme obstétrical mondial. Ses résultats montraient une morbi-mortalité significativement supérieure en cas de tentative de voie basse versus césarienne systématique pour les fœtus en présentation du siège à terme. Ces conclusions ont entrainé une augmentation rapide des taux de césarienne pour présentation du siège dans la majorité des pays : en France (9,10), aux Pays-Bas avec un passage de 50 à 80% de césarienne en 2 mois après la sortie de l'étude d'Hannah (11–13), au Danemark (14), aux Etats-Unis (15) et en Australie (16).

Par la suite, de nombreux auteurs ont critiqué le TBT et mis en évidence ses nombreux biais (17–19), parmi lesquels des manquements au protocole, un manque de rigueur dans la sélection des patientes, et des pratiques obstétricales non harmonisées.
Glezerman, ayant participé au TBT, recommandait même que les conclusions de l'article soient retirées. En effet, après exclusion des décès n'ayant vraisemblablement pas de lien avec l'accouchement voie basse en siège, il ne retrouvait pas de différence significative entre les 2 groupes, en termes de morbidité ou de mortalité (17).

L'étude observationnelle PREMODA publiée en 2006 (20), incluant 8105 patientes en Belgique et en France ne montrait pas de différence significative concernant la variable composite utilisée dans le TBT entre les groupes césarienne et tentative de voie basse en cas de présentation du siège.

Les auteurs concluaient que dans les maternités pour lesquelles l'accouchement du siège par voie basse était toujours une pratique commune, et après sélection des patientes, la voie basse était encore une option sûre.

Une méta analyse publiée en 2016 portant sur 258 953 patientes, montrait des risques relatifs néonataux défavorables à la voie basse, mais les auteurs soulignaient la grande faiblesse des risques absolus dans les 2 groupes (21).

Le débat sur l'accouchement du siège à terme reste donc ouvert, avec de nombreuses publications qui permettent de distinguer 2 camps : les pro-césarienne (13,22–24) et les pro-voie basse : (20,25–28).

Ainsi, les sociétés savantes, Française (29), Américaine (30), Canadienne (31) et du Royaume-Uni (32) ont laissé dans leur recommandation la place pour un ASVB, après stricte sélection des patientes. Mais comment sélectionner les patientes considérées comme de bonnes candidates à la voie basse ?

Venditelli a montré qu'un protocole établi et bien suivi dans les maternités permettait de diminuer la morbi-mortalité néonatale des accouchements du siège (10). L'équipe de Lille a établi un protocole basé sur la confrontation céphalo-pelvienne. Ils ont montré qu'il était ainsi possible d'augmenter le taux d'ASVB, sans effet péjoratif sur la morbi-mortalité néonatale (33). Mais leur équipe était entrainée à la pratique usuelle du siège voie basse. Leur taux de voie basse était supérieur à 20% au début de l'étude.

La question que nous nous posions était de savoir s'il était possible d'appliquer les mêmes procédures dans une maternité où l'ASVB est devenu un événement rare ?

Notre maternité de niveau III du CHU de Nice a vu son taux d'ASVB passer à moins de 10% en 2010 (34). Dans un désir commun de notre équipe de diminuer le taux global de césarienne, et de réhabiliter l'accouchement du siège par voie basse dans nos pratiques, nous avons établi un protocole basé sur les recommandations du CNGOF et celui proposé par l'équipe de Lille.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole obstétrical sur le taux d'accouchement par voie basse en présentation du siège dans notre maternité de niveau III.

L'objectif secondaire était d'évaluer la morbi-mortalité néonatale avant et après la mise en place du protocole, ainsi qu'en fonction de la voie d'accouchement.

Cette étude présente les résultats un an et demi avant et après l'établissement du protocole.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude monocentrique, rétrospective de type avant après sur trois années d'activité consécutives avec un cut-off entre les deux périodes, ce qui correspond à la date de mise en application de notre protocole. Nous avons donc défini deux périodes :

- Période 1 : du 01/05/2013 au 31/10/2014
- Période 2 : du 01/11/2014 au 31/04/2016

- Un protocole de prise en charge des patientes avec des présentations du siège a été établi après discussion entre les membres de l'équipe obstétricale, d'anesthésie et de pédiatrie.

Ce protocole prévoit une prise en charge de la patiente à partir de 35 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à l'accouchement. [Annexe 1]

Une première consultation est programmée avec un gynécologue-obstétricien qui réalise un contrôle échographique avec mesure des biométries, recherche une d'éventuelle contre-indication à une version par manœuvre externe (VME) ou à un ASVB. Une information éclairée, orale et écrite est délivrée à la patiente au sujet de la VME, et de l'accouchement du siège, par voie basse ou par césarienne [Annexe 2]. La VME est toujours proposée à la patiente en l'absence de contre-indication. Si elle est acceptée, elle est réalisée entre 36 et 37 SA. En cas de refus, un pelvi-TDM est programmé et la patiente revue à 37 SA. En cas de tentative de VME, le pelvi-TDM est réalisé après un éventuel échec de celle-ci et la patiente revue à 37 SA.

La deuxième consultation programmée vers 37 SA permet au gynécologue-obstétricien de contrôler les résultats du pelvi-TDM, de réaliser un nouveau contrôle échographique de la présentation avec mesure des biométries et surtout de rediscuter avec le couple de la voie d'accouchement.

Les critères d'analyse du pelvi-TDM sont l'indice de Magnin (qui doit être supérieur à 23cm), ou bien en cas de bassin limite, la confrontation céphalo-pelvienne selon les critères établis par l'équipe de Lilles (33).

Les contre-indications absolues à une tentative d'accouchement par voie basse sont les suivantes :

- Résultat de confrontation céphalo pelvienne en dessous des valeurs décrites (diamètre promonto rétro-pubien moins diamètre bipariétal < 15mm, diamètre transverse médian moins diamètre bipariétal < 25mm, diamètre bi-épineux moins diamètre bipariétal < 0mm),
- Placenta praevia à moins de 15 millimètres de l'orifice interne,
- Malformation utérine documentée,
- Pathologie fœtale à risque d'acidose,
- Macrosomie,

- Diabète gestationnel non équilibré,
- Antécédent de lésion périnéale du 3ème degré ou plus.

Un antécédent de césarienne, un indice de masse corporel supérieur à 40, un diabète insulino-dépendant préexistant, ainsi qu'une présentation du siège complet chez une patiente primigeste sont des contre-indications relatives qui nécessitent une discussion au cas par cas.

En cas de refus de tentative d'ASVB par le couple, une césarienne est programmée à 39 SA. En cas d'accord voie basse, la patiente reçoit les consignes d'usage et un rendez-vous pour son éventuel monitoring de terme à 40SA.

À l'admission en salle de naissance d'une patiente avec accord voie basse, une échographie est réalisée avec contrôle de la présentation et des biométries fœtales afin de rechercher une contre-indication tardive (diamètre bi-pariétal supérieur 98mm, estimation du poids fœtal supérieure à 3800 grammes, confrontation céphalo-pelvienne, flexion cervicale). Le travail se déroule sous surveillance continue du rythme cardiaque fœtal par monitoring.

Lors de l'accouchement, gynécologue-obstétricien et anesthésiste séniors doivent être présents dans la salle, le pédiatre sénior doit être prévenu. Le choix de la réalisation ou non de manœuvres obstétricales versus méthode de Vermelin est laissé à la libre appréciation de l'obstétricien de garde. La prise en charge d'une rétention tête dernière est détaillée dans le protocole obstétrical.

- Les critères d'inclusion pour notre étude étaient : tous les accouchements avec un fœtus singleton vivant en présentation di siège (complet ou non), à partir de 37 SA. Les critères de non inclusion étaient :
  - Les grossesses multiples ;
  - Les naissances avant 37 SA ;
  - Les morts fœtales in-utéro ;
  - Les interruptions médicales de grossesse ;

Le seul critère d'exclusion était : un fœtus porteur de pathologie grave et/ou de mauvais pronostic (syndrome polymalformatif, anomalie congénitale).

- Le critère de jugement principal était le taux d'accouchement par voie basse en présentation du siège.

Le critère de jugement secondaire, relatif à l'état néonatal, était le même que celui utilisé dans l'étude PREMODA et d'autres études réalisées par la suite. Il s'agissait d'une variable composite de morbi-mortalité dont la positivité était définie par la présence de l'un des critères suivants :

- Mortalité dans les 28 jours ;

- Score d'Apgar à cinq minutes inférieur à 4 ;

- Traumatisme obstétrical sévère (hématome sous-dural, hémorragie intracérébrale ou intra-ventriculaire, lésion médullaire, fracture de la base du crâne, lésion nerveuse périphérique, lésion génitale significative)

- Convulsion dans les 24 heures ;

- Intubation ou ventilation pendant au moins 24 heures ;

- Nutrition parentérale supérieure à quatre jours ;

- Séjour en réanimation de plus de quatre jours.

- Nous avons analysé les modalités de naissance prévues et réelles au sein des deux périodes. Aucune période de wash-out n'a été prévue dans l'analyse. Le devenir néonatal a été analysé entre les deux périodes. Une analyse de l'application des étapes clés du protocole a été faite.

Nous avons de plus analysé les motifs de césarienne au sein des deux périodes. Nous avons parfois regroupé les motifs dans un but de simplification des résultats. Le motif « Maternel-Obstétrical » concerne les patientes porteuses d'une malformation utérine, d'un bassin pathologique ou d'un utérus cicatriciel, ainsi que les pathologies obstétricales chroniques (diabète gestationnel déséquilibré par exemple). Le motif « décision médicale autre » concerne les patientes ayant eu une césarienne pour simple présentation du siège sans exploration complémentaire, que ce soit de manière programmée ou à l'admission pour mise en travail spontanée, sur seule décision de l'obstétricien de garde.

Nous avons également comparé sur toute la période étudiée le devenir néonatal des enfants des groupes « césarienne programmée » - (étaient incluses dans ce groupe les patiente dont la césarienne était faite à l'admission si la voie d'accouchement n'était pas discutée, ainsi que les patientes dont la césarienne était réalisée à l'admission pour travail spontané avant la date de césarienne programmée) versus « tentative de voie basse ».

- Le recueil des données a été effectué par consultation des dossiers médicaux aux archives de l'hôpital. Lorsque le nouveau-né était pris en charge en réanimation ou néonatologie, le compte rendu de son hospitalisation était consulté.

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Excel (Version 15.33) et analysées avec le logiciel XLSTAT (Version 18.06.01). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des tests du Khi² pour les variables qualitatives et de Mann and Whitney pour les variables quantitatives. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les effectifs étaient réduits. Le seuil de significativité retenu était un $p<0,05$.

RESULTATS

Durant les trois années de la période étudiée, il y a eu dans notre maternité 9055 accouchements. Parmi eux, 7955 étaient des fœtus singletons vivants et 188 étaient des fœtus vivants en présentation du siège à terme. Cela représente 2,36% des accouchements de la période représentée. Aucun dossier n'a été exclu pour cause de malformation fœtale sévère, mais deux dossiers n'ont pas été retrouvés et les patientes ont été exclues de l'étude.
Au final, 186 patientes ont été inclues dans l'étude. Il y avait 94 patientes dans la première période et 92 dans la deuxième.

Les caractéristiques maternelles (**Tableau 1**) ainsi que les poids de naissance et le terme d'accouchement étaient comparables au sein des deux périodes. La majorité des patientes étaient des nullipares. Les caractéristiques de grossesse étaient similaires entre les deux périodes.

	Période 1 n=94	**Période 2 n=92**	**p**
Age maternel	31,2 +/- 5,2	30,7 +/- 5	0,676
Nullipares (%)	53 (56,4)	50 (54,3)	0,78
BMI avant grossesse	22,5 [20,1 ; 24,8]	22,1 [20,6 ; 24,6]	0,785
BMI > 30	9 (9,6)	5 (5,4)	0,406
Prise de poids	13 [10 ; 17]	15 [10,5 ; 17,5]	0,549
Utérus uni-cicatriciel	2 (2,1)	5 (5,4)	0,308
Malformation utérine connue	5 (5,3)	4 (4,3)	0,289
Diabète gestationnel	11 (11,7)	9 (9,8)	0,562
Pelvimétrie non faite	44 (46,8)	28 (30,4)	0,130
Indice de Magnin	242,8 +/- 13,7	246,1 +/- 16,1	0,190
Terme accouchement	39,1 [39 ; 39,6]	39,2 [39 ; 39,6]	0,378
Poids de naissance	3155 [2920 ; 3420]	3155 [2917,5 ; 3420]	0,579
Poids< 2500g	1 (1,1)	6 (6,5)	0,063
Poids > 3800g	5 (5,3)	7 (7,6)	0,565

Tableau 1 - Caractéristiques de la population

La **figure 1** représente l'évolution des taux d'accouchements par voie basse, de césariennes programmées et de césariennes réalisées en urgence, par périodes de 9 mois.

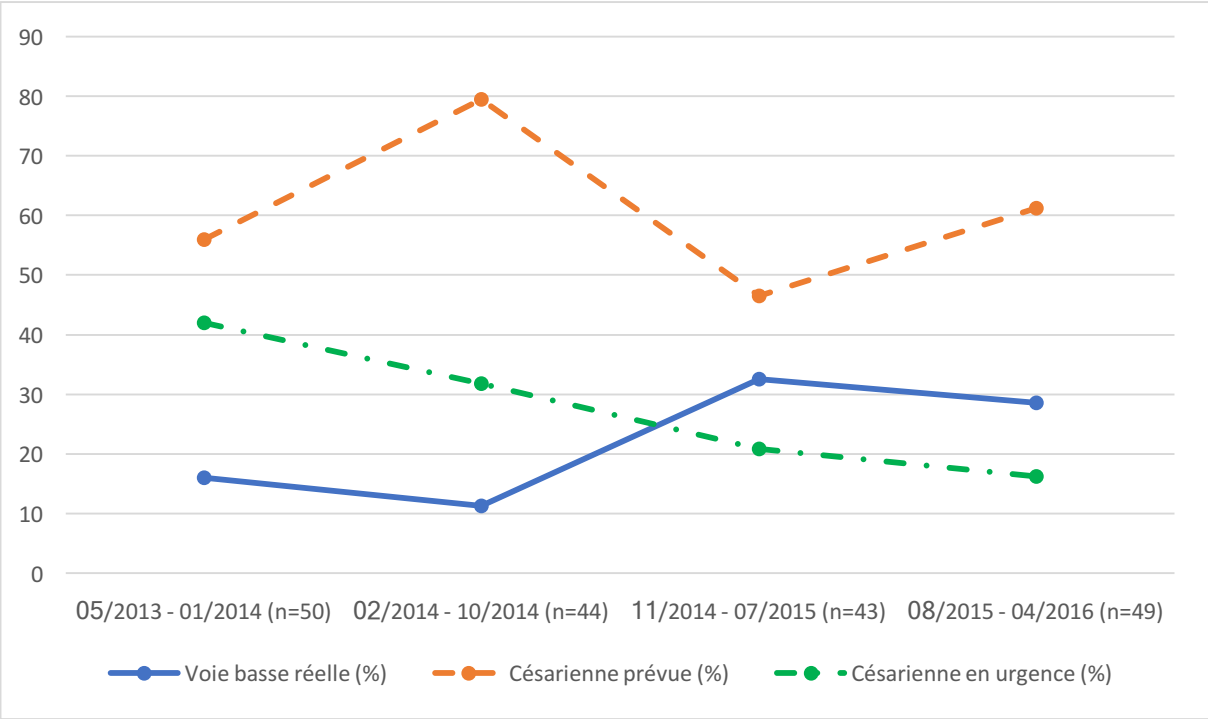


Figure 1 - Evolution des taux des voies d'accouchement

Il y a eu significativement plus d'accouchements par voie basse au cours de la deuxième période [13/94 (13,8%) vs 28/92 (30,4%) ; p=0,006]. (**Tableau 2**)

Le taux de césariennes réalisées en urgence était significativement plus faible dans la deuxième période [35/94 (37,2%) vs 17/92 (18,5%) ; p=0,004].

Le taux de césarienne programmée avant l'admission n'était quant à lui pas significativement réduit dans la deuxième période [62/94 (66%) vs 50/92 (54,3%) ; p=0,141].

Le taux de tentative de voie basse prévue avant l'admission n'était pas significativement augmenté au cours de la seconde période [23/94 (23%) vs 33/92 (33%) ; p=0,09].

	Période 1 n=94 (%)	**Période 2 n=92 (%)**	**p**
Tentative de voie basse programmée	23 (24,5)	33 (35,9)	0,09
Césarienne programmée	62 (66)	50 (54,3)	0,141
Voie basse réelle	13 (13,8)	28 (30,4)	**0,006**
Césarienne	81 (86,2)	64 (69,6)	**0,006**
Césarienne en urgence	35 (37,2)	17 (18,5)	**0,004**

Tableau 2 - Comparaison des voies d'accouchement entre les deux périodes

Il n'y avait pas de différence significative dans le devenir néonatal entre les deux périodes. Aucun décès néonatal n'était à déplorer, et aucun nouveau-né ne présentait de critère de positivité de la variable composite. (**Tableau 3**)

Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre d'enfant ayant un pH à la naissance <7,00 [3/94 (3,2%) vs 0/92 (0%) ; p=0,084], ni entre le nombre de nouveau-nés ayant un pH inférieur à 7,15 ou un taux de lactates artériel supérieur à 5,0mmol/L.

	Période 1 n=94 (%)	**Période 2 n=92 (%)**	**p**
Positivité de la variable composite	0 (0)	0(0)	
pH < 7,00	3 (3,2)	0 (0)	0,084
pH < 7,15	7 (7,4)	5 (5,3)	0,577
Lactatémie > 5mmol/L	12 (12,8)	10 (10,6)	0,689
Apgar à 5 minutes <7	0 (0)	0 (0)	
Transfert en réanimation néonatale	2 (2,1)	0 (0)	0,225
Décès néonatal	0 (0)	0 (0)	
Lésion périnéale > 3ème degré	0 (0)	0 (0)	
Hémorragie de la délivrance	6 (6,4)	1 (1,1)	0,058

Tableau 3 - Comparaison du devenir obstétrical et néonatal entre les deux périodes

Le **Tableau 4** montre l'analyse des éléments clés de la prise en charge protocolaire des patientes à partir de 35 SA. Au cours de la deuxième période les patientes avaient significativement reçu plus d'information sur les modalités d'accouchement en siège.

Le score de confrontation céphalo-pelvienne avait été utilisé dans 16 cas au cours de la deuxième période, versus zéro au cours de la première période, le score n'étant pas mis en place dans le service.

	Période 1 n=94 (%)	**Période 2 n=92 (%)**	**p**
Contrôle échographique vers 35 SA avec première information	38 (40,4)	66 (71,7)	0,002
Deuxième information spécifique sur les modalités d'accouchement vers 37 SA	11 (11,7)	40 (43,5)	< 0,0001
Pelvi TDM réalisé	50 (53,2)	64 (60,6)	0,130
Application critères de Lilles	0 (0)	16 (17,4)	< 0,0001
Score de confrontation céphalo-pelvienne utilisé	0 (0)	16 (17,4)	< 0,0001

Tableau 4 - Application des éléments du protocole

Lorsque nous comparons au sein de la population de toute la période étudiée, les patientes ayant eu une tentative de voie basse versus une programmation de césarienne (ou césarienne réalisée à l'admission si la voie d'accouchement n'était pas prévue), nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le nombre de nouveau-nés ayant eu un pH inférieur à 7,00 [1/130 (0,8%) vs 2/56 (3,6%) ; p=0,164].

Les poids de naissance étaient comparables. (**Tableau 5**)

Les patientes du groupe césarienne programmée avaient une prise de poids significativement supérieure au groupe voie basse programmée.

Il y avait significativement plus de risque pour les enfants du groupe tentative de voie basse de présenter un pH inférieur à 7,15 (3,1% vs 14,3% ; p=0,004) ou un taux de lactates artériels supérieur à 5,0 mmol/L (4,6% vs 28,6% ; p<0,0001). Aucun enfant ne présentait de score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie ni de positivité pour la variable composite.

	Césarienne programmée n=130	**Voie basse programmée n=56**	**p**
Age gestationnel	39,1 [38,5 ; 39,4]	39,2 [39 ; 40,2]	0,108
Prise de poids maternelle	14 [11 ; 18]	12 [9 ; 17]	**0,048**
Poids de naissance	3125 [2835 ; 3420]	3120 [2975 ; 3442,5]	0,471
Poids < 2500g	4 (3,1)	3 (5,4)	0,432
Poids > 3800g	10 (7,7)	2 (3,6)	0,516
pH < 7,00	1 (0,8)	2 (3,6)	0,164
pH < 7,15	4 (3,1)	8 (14,3)	**0,004**
Lactatémie > 5mmol/L	6 (4,6)	16 (28,6)	**< 0,0001**
Apgar à 5 min < 7	0 (0)	0 (0)	
Transfert en réanimation néonatale	2 (1,5)	0 (0)	0,204
Décès néonatal	0 (0)	0 (0)	
Positivité de la variable composite	0 (0)	0 (0)	
Voie basse réelle	3 (2,3)	38 (67,9)	**< 0,0001**
Hémorragie de la délivrance	5 (3,8)	2 (3,6)	0,928

Tableau 5 - Comparaison des groupes césarienne programmée vs voie basse programmée

L'analyse des motifs de césarienne (**Tableaux 6 et 7**) montre une baisse du motif « raison médicale autre » avec 28% lors de la première période versus 11% dans la deuxième pour les césariennes réalisées en urgence, sans significativité statistique.

Les taux des différents motifs de césarienne programmée sont, quand-à eux, stables entre les deux périodes. On note une tendance à la baisse du motif « Refus de voie basse par le couple »

	Période 1 n=62 (%)	**Période 2 n=50 (%)**	**p**
Refus de voie basse par le couple	40 (64,5)	27 (54)	0,259
Maternel - Obstétrical	13 (21)	14 (28)	0,387
Fœtal	6 (9,7)	6 (12)	0,764
Décision médicale autre	3 (4,8)	3 (6)	1,000

Tableau 6 - Répartition des motifs de Césarienne Programmée

	Période 1 n=35 (%)	**Période 2 n=17 (%)**	**p**
Refus de voie basse par le couple	5 (14,3)	5 (29,4)	0,264
Césarienne programmée	14 (40)	4 (23,5)	0,354
Stagnation de la dilatation	1 (2,8)	0 (0)	1,000
ARCF - Pathologie fœtale aiguë	3 (8,6)	3 (17,5)	0,379
Maternel - Obstétrical	2 (5,7)	3 (17,5)	0,315
Décision médicale autre	10 (28,6)	2 (11,7)	0,294

Tableau 7 - Répartition des motifs de Césarienne en Urgence

DISCUSSION

Notre étude montre qu'il est possible, au sein d'une maternité dans laquelle cette pratique était devenue rare, d'augmenter significativement le taux d'accouchement du siège par voie basse sans impact négatif sur le devenir néonatal des enfants, par la mise en place d'un protocole de prise en charge des patientes à partir de 35 SA.

- *De l'augmentation du taux d'accouchement par voie basse*

Nous avons observé une augmentation importante du taux d'accouchement d'ASVB au cours de la deuxième période. En effet ce taux est passé de 13,8% à 30,4%, soit une augmentation de plus de 200%.

- Nous avons constaté que les taux de césariennes programmées ou de tentatives prévues d'accouchement par voie basse n'étaient pas significativement modifiés. Alors comment expliquer cette augmentation significative du nombre d'ASVB ?

Tout d'abord ce protocole est né au moment où l'équipe en place cherchait déjà à diminuer le taux de césarienne pour présentation du siège. Cela explique que le taux de césariennes programmées dans la première période est plus bas qu'attendu, comparé à celui observé dans le service au début des années 2010. Cela explique aussi que le taux initial de tentatives de voie basse soit au-delà des 20% dans l'étude alors qu'il était inférieur à 10% début 2010. La différence avant et après protocole est donc plus faible qu'attendue.

De plus, le nombre de césariennes programmées en première période est plus bas qu'attendu, car un plus grand nombre de patientes s'est présenté en travail en salle de naissance au cours de la première période (dix versus cinq en deuxième période), sans que la voie d'accouchement n'ait été discutée alors que la présentation du siège était pourtant connue au troisième trimestre. Ces patientes ont pour la plupart eu une césarienne pour refus de tentative de voie basse par le couple, sans être comptabilisées dans le groupe « césarienne programmée ». Elles étaient incluses dans le groupe « césarienne d'urgence ». Cela s'ajoute au faible effectif observé de césariennes programmées dans la première période. Bien que la volonté commune de notre équipe fût d'augmenter le taux d'ASVB depuis le début de la première période, le manque d'harmonisation des pratiques et les informations différentes délivrées aux patientes en fonction de l'intervenant étaient un obstacle majeur.

- C'est par la diminution du taux de césarienne en urgence ou à l'admission que le taux d'accouchements par voie basse a pu être significativement augmenté. Plusieurs facteurs peuvent aider à comprendre ce résultat.

Tout d'abord la mise en place de notre protocole a permis d'uniformiser le discours et l'information délivrée aux patientes, mais aussi de standardiser la conduite à tenir devant une présentation du siège.

Cela a aussi pu permettre de renforcer la confiance des praticiens de garde en salle de naissance. La prise en charge des patientes ayant été discutée et établie bien en amont, le protocole contenant une partie importante sur le management du travail de la patiente, et l'absence de contre-indication ayant été vérifiée à plusieurs reprises. Toute décision de tentative d'ASVB est encadrée, ce qui permet de conforter l'équipe obstétricale de garde.

La confiance de l'équipe obstétricale est un élément primordial dans une volonté d'évolution des pratiques. Devant un taux d'accouchement du siège par voie basse inférieur à 10% en 2010, certains opérateurs pouvaient se sentir moins préparés. Afin de renforcer la confiance de l'équipe et la formation de chacun, des séances de simulations d'accouchement par le siège, disponibles pour les internes et les médecins séniors volontaires ont été mis en place. Nous avions déjà établi dans une étude un score OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) sur l'accouchement par le siège (35). Il était donc possible pour tous de s'évaluer objectivement sur la pratique d'un accouchement par le siège.

L'étude des motifs de césarienne entre les deux périodes montre la quasi disparition au cours de la deuxième période du motif « médical autre » qui réunis les césariennes réalisées pour simple présentation du siège à l'admission, que la patiente soit en travail ou non. Certaines césariennes ayant par exemple été réalisées au cours de la première période chez des patientes admises en travail à neuf centimètre de dilatation, sans autre motif qu'une présentation podalique, sur décision de l'obstétricien de garde.

Les facteurs de risque de césarienne en cours de travail ont été décrit par Roman et al. Leur étude montrait que le taux de césarienne augmentait lorsque l'obstétricien ne connaissait pas la patiente (36). Les différentes étapes du parcours de la patiente et la vérification rigoureuse de l'absences de contre-indications étant clairement notifiées dans le dossier médical, l'obstétricien de garde a donc une pleine connaissance de la situation de la patiente à son admission en salle de naissance.

- Nous remarquons sur la figure 1 une réascencion en fin de 2ème période du taux de césariennes programmées. Cela correspond au moment du changement d'intervenant lors de la consultation dédiée aux sièges, avec consultation par de nouveaux intervenants. Cette période a nécessité un temps de formation des intervenants pour uniformiser les discours. Après ce temps nécessaire, le taux de césarienne programmée a progressivement diminué de nouveau. Cela démontre l'importance du discours et de l'information qui est délivrée aux couples en consultation.

➢ *Du débat sur l'accouchement du siège par voie basse*

Nous n'avons pas observé d'effet péjoratif sur l'état néonatal des nouveau-nés. Aucun décès néonatal n'a été à déplorer, ni de lésion sévère inscrite dans la variable composite. Tous les nouveau-nés de l'étude présentaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à cinq minutes de vie. Les complications néonatales d'un accouchement en siège, toutes voies confondues, restent des évènements rares. Notre étude manque donc de puissance pour mettre en évidence une différence.

- En 2001, Hannah et al montraient un sur-risque en cas de tentative de voie basse avec 1,6% de morbi-mortalité fœtale dans le groupe césarienne, contre 5,0% dans le groupe tentative de voie basse (risque relatif 0,33 [IC 95% 0,19-0,56] ; p<0,0001) (8).

Les chiffres de cette étude n'ont jamais été retrouvé dans les nombreux articles qui ont été publiés par la suite. En effet, il existait notamment dans cette étude de flagrants manquements au protocole ainsi qu'un manque de rigueur dans la sélection des patientes, des pratiques obstétricales non harmonisées de par le monde et pouvant apparaitre comme obsolètes (plus de 80% des centres n'avaient pas un accès routinier à l'échographie en salle, peu de pelvimétries pratiquées), certains accouchements étaient pratiqués par des praticiens inexpérimentés voir des élèves sage-femme. Le principal biais étant l'inclusion dans les statistiques de décès néonataux sans lien avec le mode d'accouchement (morts-fœtales in utéro, enfants syndromiques, décès des suites de diarrhées après retour à domicile).

Les auteurs du TBT ne retrouvaient d'ailleurs pas de différence significative à deux ans entre les enfants des deux groupes (37). Kotaska mettait en évidence l'utilisation inappropriée d'étude randomisée pour évaluer un phénomène complexe tel qu'un accouchement par le siège (38).

- Les conclusions du TBT signifiaient qu'il fallait réaliser quatorze césariennes pour éviter un événement néonatal grave. Les autres études montrant une différence significative de morbi-mortalité entre une tentative de voie basse et une césarienne programmée relevaient un nombre bien plus important de césariennes à réaliser pour éviter un événement grave. 175 pour Rietberg et al (13), 338 pour Vlemmix et al (12), 400 pour Lawson (39) ou pour le groupe d'étude suédois sur les sièges (40).

Dans les suites du TBT, des études en population ont montré, au Danemark et aux Pays-Bas, une diminution de la morbi-mortalité fœtale après une politique de césarienne systématique. Au Danemark, Hartnack Tharin et al ont montré une réduction significative du taux de mortalité ou morbidité néonatale, mais à un bien moindre niveau que celui exposé dans le TBT (41).

Dans une étude néerlandaise de grande envergure entre 1999 et 2007, Vlemmix et al montraient, une élévation du taux de césariennes programmées de 24 à 60% avec une diminution significative du taux de mortalité néonatale de 1.3 à 0.7% [intervalle de confiance à 95% (0.28-0.93)]. Cependant, ce taux de mortalité restait stable dans le groupe des tentatives de voie basse [1.7% vs 1.6% (intervalle de confiance à 95% 0.52-1.76)]. Il est à noter que 40% des patientes continuaient à opter pour une voie basse (12).

- D'autres études ont également démontré que la césarienne prophylactique améliorait le devenir néonatal en cas de présentation céphalique (40). En effet, Villar et al montraient une tendance à la diminution des odds ratio de mortalité néonatale après ajustement, en faveur de la césarienne (42).

Peu importe la présentation, il a été démontré qu'il existait une augmentation du risque de traumatismes néonataux en cas d'accouchement par voie basse par rapport à la césarienne (43,44). Ces résultats laissent à penser qu'une politique de césarienne généralisée est envisageable. Pourtant ce débat n'a jamais eu lieu pour les fœtus en présentation céphalique. Alors pourquoi une telle politique a-t-elle été envisagée pour la présentation du siège ?

L'ASVB est-il plus risqué qu'un AVB en présentation céphalique ? Quelques auteurs se sont intéressés à la question et leurs résultats montrent que les risques de traumatismes néonataux lors des accouchements par voie basse sont égaux, selon que le fœtus soit en présentation céphalique ou du siège (45–47). Utlander et al retrouvaient même un risque de traumatisme néonatal plus faible dans le groupe des sièges nés par voie basse versus présentation céphalique nés par voie basse (43).

- *De l'absence d'innocuité de la césarienne*

Bien que certaines études montrent un bénéfice de la césarienne systématique en terme de morbi-mortalité néonatale, la littérature médicale a depuis longtemps montré une augmentation de la morbidité maternelle après une césarienne (22,48–50).

- Une étude de cohorte prospective de l'OMS portant sur 106 546 accouchements sur une période de 3 mois a mis en évidence que les odds-ratios de risque de mortalité ou morbidité sévère maternels étaient de 2.0 (1.6 à 2.5) pour la césarienne en cours de travail et 2.3 (1.7 à 3.1) pour la césarienne programmée versus la voie basse (42). Une autre étude rapporte un sur-risque de morbi-mortalité de la césarienne versus voie basse chez des patientes sans comorbidité avec un rapport de 3.8 (51).

Depuis 2001 et l'augmentation globale mondiale des taux de césariennes pour simple présentation du siège, des publications ont montré des cas de décès maternels directement liés à la césarienne (26). Schutte et al rapportaient quatre décès maternels suite à des césariennes programmées pour siège. Cela représentait 7% de la mortalité maternelle totale sur leur période d'étude (50). Les auteurs concluaient que l'accouchement par voie basse représentait moins de risque pour les mères, surtout chez celles présentant des comorbidités telles que l'obésité.

En plus des risques de l'intervention chirurgicale en elle-même, les inquiétudes de la communauté médicale concernent surtout le risque de morbidité en cas de future grossesse (52).
Dans son étude à deux ans du TBT, l'équipe d'Hannah ne retrouvait pas de différence entre les mères des deux groupes. Mais on notait un faible taux de suivi des patientes, avec peu d'accouchements et de grossesses suivant celle de la première étude (53).
Les données d'une étude néerlandaise réalisée chez des patientes ayant eu une césarienne pour présentation du siège mettaient en évidence un risque de morbidité maternel et fœtal significativement plus élevé pour la grossesse suivante comparé à celles ayant accouché par voie basse (54).

- Le nombre croissant d'utérus cicatriciel et de leurs complications est un problème récurrent de l'obstétrique moderne. Les césariennes sur utérus cicatriciel sont plus pourvoyeuses de lésions digestives et vésicales.

Les nombres en constante augmentation de placentas praevia et accreta, de ruptures utérines en dehors et pendant le travail avec les risques de morbi-mortalité maternelle et fœtale que cela engendre (55,56) font poser la question du bien-fondé de l'élévation du taux de césarienne.

L'OMS a exposé des taux de césarienne optimum de césarienne entre 5 et 15% par centre selon le niveau de la maternité (57). Même si ces taux, dictés en 1997 semblent difficiles à obtenir,

l'augmentation constante du nombre de césarienne (58,59) est préoccupante (60), avec en France en 2014, 20,4% des naissances qui étaient faites par césarienne.

Les sociétés savantes ont d'ailleurs soulevé ce problème des taux de césarienne jugés trop élevés. L'ACOG a récemment publié un plaidoyer en faveur de la voie basse, en insistant sur l'impact de la première césarienne (61). Le Ray et al ont aussi montré que limiter la première césarienne était la meilleure action préventive face à l'augmentation du taux global de césarienne (62). Dix patientes sur vingt-huit ayant accouché par voie basse dans la deuxième période de notre étude étaient des primipares. Il est donc important des renforcer la prise en charge adaptée des patientes primipares avec une présentation du siège à terme afin d'éviter cette première césarienne et d'améliorer leur pronostic obstétrical futur.

Nous sommes à l'heure à laquelle les centres hospitaliers français cherchent à diminuer leur taux de césarienne, sinon à le stabiliser (63). Van Roosmalen exposait que l'augmentation si importante des césariennes pour présentation du siège était « dangereuse, non nécessaire, et nécessite d'être renversée » (18).

- *De l'importance de la formation obstétricale*

L'accouchement du siège par voie basse reste peu fréquent ce qui rend difficile la formation des jeunes obstétriciens à sa pratique.

- L'équipe du CHU de Besançon a montré qu'au sein de leur maternité, sur 418 patientes, 52% des patientes avec une présentation du siège à terme avaient accouché par voie basse. Cela après que 81% des patientes aient prévues une tentative de voie basse. Leur étude ne montrait pas de différence significative en termes de morbi-mortalité néonatale entre les groupes voie basse programmée et césarienne programmée (64). Cette étude avait été faite au sein d'un centre manœuvrier pro voie basse, avec une longue tradition obstétricale derrière eux. D'autres études montraient que le devenir néonatal des accouchements par voie basse était moins bon dans les centres qui avaient un faible taux d'ASVB (23,65).

- Les obstétriciens se sentent de moins en moins bien entrainés à gérer un ASVB. Une étude australienne de Chinnock et al montrait que dans leur dernière année d'internat, seulement 11% des internes prévoyaient de laisser le choix possible à leurs patientes d'accoucher par voie basse (66). La formation des jeunes obstétriciens est donc indispensable pour réhabiliter l'ASVB dans nos pratiques courantes.

Malgré le développement d'outils de simulation de plus en plus perfectionnés, rien ne peut remplacer une situation clinique réelle. La médecine, notamment en France, s'apprend par compagnonnage au lit du patient. C'est en pratiquant davantage d'ASVB que les obstétriciens seront formés au mieux. Ainsi une politique de césarienne systématique pour présentation du siège engendrerait, et a déjà engendré une grande perte de l'expertise obstétricale (67).

De plus, il y aura toujours des femmes qui refuseront la césarienne, ou bien qui se présenteront à un stade du travail trop avancé en présentation du siège pour envisager la réalisation d'une césarienne (20,28). Ainsi, la perte du savoir de la réalisation de l'ASVB engendrerait pour ces patientes, une perte de chance, alors qu'elles ne sont que dans une situation physiologique variante de celle la plus fréquente.

La conservation du savoir obstétrical reste donc le meilleur moyen de garantir une formation de qualité aux générations futures, pour assurer une prise en charge optimale des patientes.

- *De l'importance de l'information délivrée aux futurs parents*

Les études portant sur la voie d'accouchement à préconiser en cas de présentation du siège à terme sont nombreuses et contradictoires. Obstétriciens et patientes font donc face à un dilemme : comment choisir entre un éventuel sur-risque de morbi-mortalié fœtale lié à un AVB où un risque de morbi-mortalité iatrogénique maternel lié à une césarienne ?

- Une étude réalisée dans notre service montrait que l'information délivrée aux patientes concernait essentiellement les complications éventuelles d'un accouchement par voie basse (68).

En médecine, et encore plus en obstétrique, le risque zéro n'existe pas. Il est nécessaire, lors de l'information des patientes de réfléchir non seulement en termes de risques relatifs, mais aussi de risques absolus. En effet, ces risques absolus de complication néonatale ou maternelles restent très faibles.

La césarienne peut être vue par certains praticiens comme une protection contre le risque médico-légal (69,70). Elle peut être considérée comme une pratique de routine, peu pourvoyeuse d'évènements à risque de litiges, et les praticiens peuvent ainsi être facilement tentés de ne prendre aucun « risque » médico-légal.

- Dans l'information qui leur est délivrée, il devrait être clairement expliqué que le choix de la césarienne programmée ne garantit pas un meilleur devenir pour leur enfant qu'une tentative de voie basse. Mais que la césarienne comporte plus de risques pour la mère dans les suites immédiates ainsi que pour de futures grossesses (50).

Lawson a répondu à ce débat, dans une grande critique du TBT en intitulant son article : Primum non nocere (39). Il incite à éviter un processus iatrogène chez la mère et à respecter la physiologie de l'accouchement.

A l'heure où les sources d'information médicale sont nombreuses et accessibles à tous, il est important, voir primordial, de délivrer aux parents une information éclairée afin de corriger certaines « vérités » émanant de sources, pour la plupart, peu scientifiques. L'information, notifiée par écrit dans le dossier médical et réitérée à deux reprises permet une prise de décision éclairée avec le couple.

- *Des biais de notre étude*

Les complications néonatales graves d'un accouchement en siège, par voie basse ou pas césarienne, restent des évènements très rares. Ainsi notre étude manque de puissance pour étudier un événement très rare, ce qui représente son premier biais.

Notre étude est de plus soumise aux biais liés à son caractère rétrospectif. Deux dossiers n'ont pu être retrouvés dans les archives médicales. Cela représente 1,06% des dossiers de la population totale initiale. Ces deux dossiers concernaient, après vérification des comptes rendus opératoires sur le logiciel informatique, des patientes ayant eu des césariennes programmées au cours de la première période. Les deux nouveau-nés n'avaient pas présenté de complication néonatale. Cela n'aurait donc pas pu influencer les résultats de notre étude.

Une étude multicentrique réunissant plusieurs maternités françaises avec une volonté similaire, et des pratiques harmonisées, permettrait de mettre en évidence des éventuelles différences concernant des évènements rares, ainsi que d'évaluer l'évolution des taux d'accouchements du siège par voie basse à l'échelle nationale.

CONCLUSION

Notre étude a permis de démontrer qu'il était possible par l'application d'un protocole obstétrical, de réhabiliter l'accouchement par voie basse en présentation du siège à terme, dans une maternité de niveau III, dans laquelle il était devenu un événement rare, sans impact péjoratif sur le pronostic fœtal.

Le débat sur l'accouchement en présentation du siège est probablement loin d'être tranché, et cela doit être clairement expliqué aux futurs parents. Avec comme notion centrale l'absence de risque zéro, fœtal et maternel, quelle que soit la voie choisie, lors d'un processus aussi complexe que l'accouchement.

ANNEXES

Annexe 1 - Protocole de prise en charge des présentations du siège

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

ORG-OBS-PT-007 VERSION 001

Présentation du siège à terme

Protocole de prise en charge à partir de la découverte d'une présentation podalique à l'échographie de T3 (32SA).

1. Découverte du siège à l'écho de 32 SA :

- ***Prévoir contrôle échographique à 35 SA en RV écho spécifique siège (Salle d'écho) et une consultation d'anesthésie.***
- ***Programmer aussi un RV écho spécifique siège à 37 SA.***

Proposer à la patiente de faire le pont indien dans l'intervalle.

2. CAT lors du RV écho spécifique siège à 35 SA :

- Explications et remise d'une lettre d'information sur les présentations du siège (Prise en charge, VME, voie basse, césarienne).
- Vérifier la programmation d'une consultation écho spécifique siège 15 jours plus tard pour définir la CAT : nouvelle information +/- réponses aux questions.
- Remettre la fiche d'information sur la VME.
- Programmation de la VME vers 36 SA. Signature du consentement pour la VME.
- Rechercher une contre-indication absolue à la VME :
  - Utérus multi-cicatriciel,
  - Traitement anti-coagulant,
  - Souffrance fœtale,
  - Grossesse gémellaire,
  - Iso-immunisation,
  - Refus de la patiente,
  - Oligoamnios,
  - Placenta recouvrant,
  - VIH,
  - Circulaire : à rechercher au doppler avant la VME.

3. CAT avant la VME à 36 SA :

- Examen clinique et vérifier de nouveau l'absence de CI, et que la patiente soit bien à jeun
- Echographie avec contrôle de la présentation, du placenta et doppler,
- Faire vider la vessie,
- Monitoring de 30 min pendant la perfusion et préparation de la tocolyse éventuelle si CU,
- Patiente en decubitus dorsal, cuisses demi-fléchies, et mouvements respiratoires amples et profonds.

4. CAT après la VME :

- RCF pendant 60 min après toute tentative,
- Rophylac : une injection de 200 microg.

⇨ Si réussite VME, voie basse.

⇨ Si échec : programmation d'un **Pelviscanner** (fréquemment réalisable dans la journée (36059 / 36534 / 36359)). (Discussion avec la patiente si refus total de la voie basse : pas de pelviscanner).
Pas de discussion SVP sur la voie d'accouchement de manière impromptue en salle de naissance, mais en RV écho spécifique siège avec le médecin qui a commencé la prise en charge.
Proposer pont-indien et/ou acupuncture.

5. CAT lors du 2ème RV écho spécifique siège à 37 SA :

Rediscussion et information patiente sur présentation du siège et voies d'accouchement possibles.

Contrôle échographie et doppler :

- EPF (entre 2500 et 3800g), BIP (<98mm ou inférieur au diamètre bi-épineux)
- Vérification de la présentation.
- Déflexion de la tête fœtale.

Recherche des contre-indications à la voie basse :

Date d'application : 02/10/2014 Page 2 sur 5

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

- **Absolues :**

- Désir d'une césarienne par la patiente
- Malformation utérine documentée
- Placenta praevia
- Bassin anormal : Indice de Magnin < 23 cm
- Critères de Lille à utiliser si bassin limite cad PRP<10,5 et/ou TM<11,5 et/ou BiE<9,5 :
  Voie basse contre-indiquée si :
  - PRP-BIP < 15 mm
  - TM-BIP < 25 mm
  - Bi-épineux – BIP < 0 mm
- Pathologie fœtale à risque d'acidose
- Macrosomie.
- DGID ou DGNID mal équilibré.
- Antécédent de périnée complet.

- **Relatives :**

- Utérus cicatriciel (sauf si accouchement voie basse auparavant)
- Siège complet et primigeste (cas par cas)
- Pathologie gravidique maternelle ou fœtale (cas par cas)
- IMC > 40
- Diabète ID pré-existant à la grossesse

Si tentative de voie basse acceptée par le couple : Signature d'un **consentement éclairé** par la patiente. "Accouchement voie basse avec présentation du siège"
Discours uniformisé avec information claire, loyale et appropriée sur les bénéfices et les risques de chaque méthode. Cf fiche d'information.

6. CAT à l'admission en SDN :

Contrôle échographie et doppler :

- EPF (entre 2500 et 3800g), BIP (<98mm ou inférieur au diamètre bi-épineux)
- Vérification de la présentation.
- Déflexion de la tête fœtale.

Pièces devant figurer dans le dossier à l'admission :

- Suivi de la grossesse.
- Consentement signé.
- Pelviscanner si réalisé.
- Bilan biologique.
- Consultation d'anesthésie.

Prévenir l'obstétricien de garde et le MAR.
NB : En cas de présentation du siège non connue chez une patiente en travail, pelviscanner non obligatoire dans les cas suivants :

- ✓ Bassin normal à l'examen clinique.
- ✓ Accouchement imminent,
- ✓ Aucune contre-indication déjà listée présente.

Déroulement du travail :

- Déclenchement possible si conditions obstétricales favorables, ou au cas par cas.
- Surveillance RCF et dilatation (césarienne si ARCF ou stagnation de 2 h maximum)
- Travail dirigé par ocytociques possible si anomalie de la dilatation secondaire à une hypocinésie d'intensité ou de fréquence.
- APD dès le début du travail.
- Rupture artificielle de la poche des eaux le plus tard possible. Si possible à dilatation complète.
  La rupture précoce des membranes en début de travail est de mauvais pronostic.

Indications d'une césarienne lors de tentative de VB :

- ARCF

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

- cordon prævia persistant (risque de procidence du cordon à la rupture)
- Absence de correction de la dilatation après 2h d'ocytociques.
- Agitation maternelle, troubles de la communication, patiente non coopérante.
- Stagnation de 1h à dilatation complète sans descente de la présentation.
- Absence de progression de la présentation jusqu'à la partie basse du bassin.
- Non progression de la présentation après 15 à 20 minutes d'efforts expulsifs.

Expulsion :

- Equipe obstétricale, pédiatrique et anesthésique sur place. ***Sénior présent pour chaque spécialité.***
- Spatules + dérivés nitrés + valve vaginale en salle de naissance.
- Perfusion d'ocytociques à dilatation complète.
- Attendre engagement et descente du siège à la partie basse du bassin pour débuter les efforts expulsifs.
- Pas de grande extraction indiquée sur une grossesse mono-fœtale.
- Pas d'épisiotomie en systématique, mais indication large chez la primipare, et pas avant d'avoir vu la pointe des omoplates.
- Accouchement spontané ou assisté (S'assurer du positionnement antérieur du dos fœtal lors de la progression) :
  => Manœuvre attentiste de Vermelin : à privilégier.
  => Manipulation fœtale seulement après accouchement spontané jusqu'à la pointe des omoplates si arrêt de la progression patente
  => +/- pression sus-pubienne par un aide au moment de l'accouchement de la tête (favoriser flexion et engagement).
  => *Si relèvement des bras* : manœuvre de Lovset
  => *Si rétention tête* : pression sus-pubienne, manœuvre de Bracht, de Mauriceau.
  => *Si échec, dans l'ordre* :
    - Dérivée nitrés (sub-lingual) par anesthésiste + nouvelle tentative de manœuvres
    - AG rapide (dans la minute suivante) si échec dérivés nitrés + nouvelle tentative de manœuvres.
    - Spatules avec l'aide qui tient les MI du fœtus.
    - Cervicotomie en dernier recours.

7. CAT si désir de césarienne :

Réinformation du couple par un médecin sénior et remettre la feuille d'information.
Consentement à faire signer.
Prévoir césarienne à 39 SA (qui diminue le risque de détresse respiratoire néonatale)

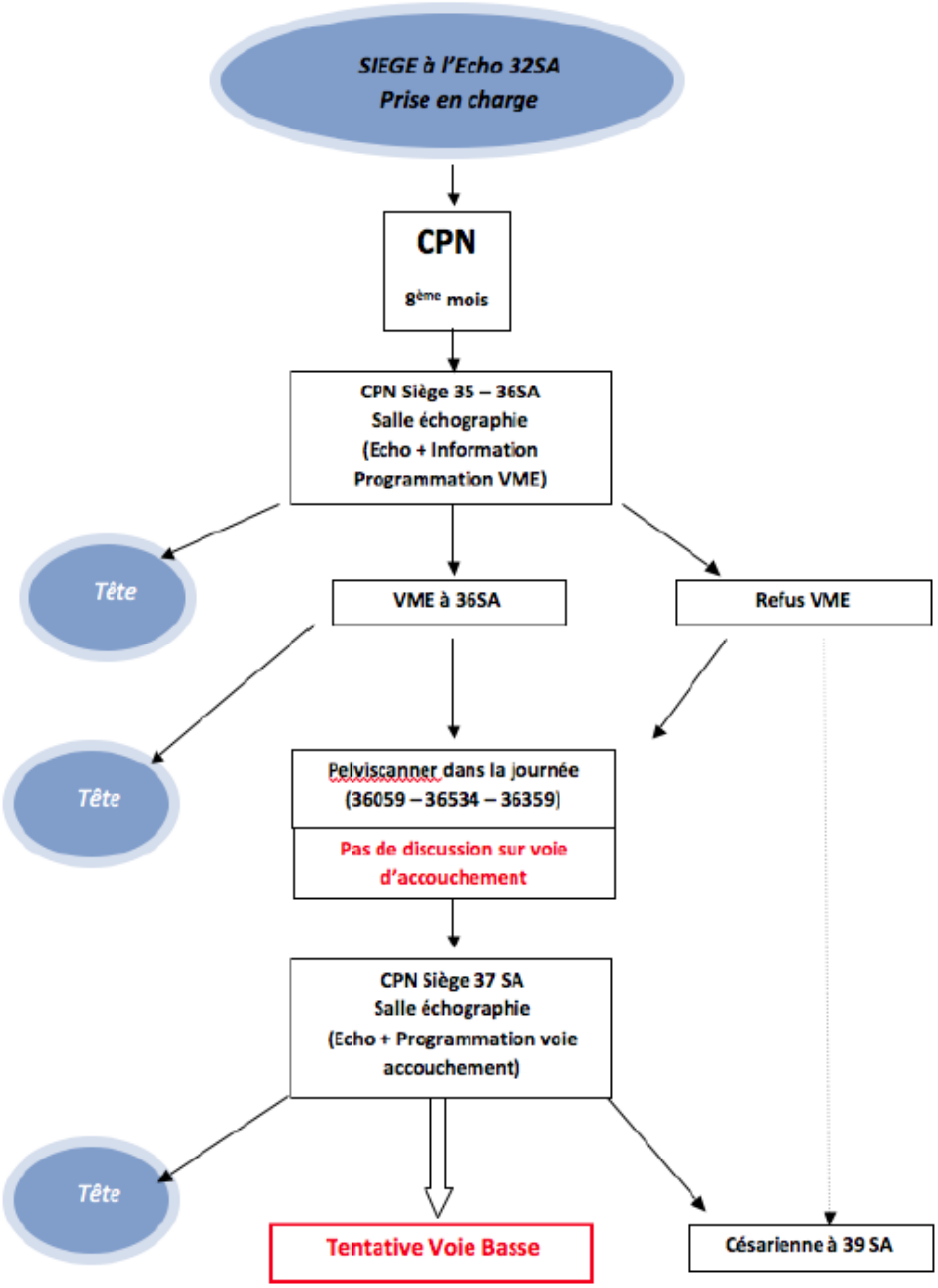
- Admission la veille de la césarienne en maternité.
- Vérification échographique de la présentation le soir et le matin avant la césarienne.
- Information au préalable du couple d'une possible découverte d'une présentation céphalique. Dans ce cas, contacter le sénior d'obstétrique pour retour à domicile et autorisation voie basse.

RÉFÉRENCES :

- *Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G.*
  Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium.
  Am J Obstet Gynecol. 2006 ;194(4) : 1002-11
- *Voie d'accouchement en cas de présentation du siège :*
  La position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
  J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:191-192
- *Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, & al.*
  Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial.
  Am J Obstet Gynecol. 2004 ; 191(3) : 864-71.
- *Deruelle P, Subtil D, Puech F, Oury JF, Sibony O.*
  Présentation du siège.
  Pratique de l'accouchement (Lansac 5ème édition), chapitre 9, pp134-52. Elsevier Masson

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Présentation du siège à terme



Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Annexe 2 - Fiche d'information aux parents sur la présentation du siège

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

ORG-OBS-IP-009 VERSION 001

Information sur la présentation du foetus en siège

Service de Gynécologie-Obstétrique-Reproduction et de Médecine Fœtale

Chef de service : Professeur André BONGAIN

Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la décision du médecin qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement.

Qu'est ce que la présentation du siège ?

Au 9ème mois, près de 4% des fœtus sont en présentation du siège, cela signifie que la tête de votre enfant est en haut, et le siège en bas. On distingue :

la présentation du siège "mode des pieds" (siège complet fig A)



A. siège complet (en tailleur)

et la présentation du siège "mode des fesses" (fig B)



B. siège décomplété mode des fesses

Quelle surveillance PENDANT LA GROSSESSE ?

- La surveillance est la même que si la présentation est céphalique (tête en bas).
- Une version par manœuvre externe destinée à orienter en douceur la tête du fœtus vers le bas peut vous être proposée en fin de grossesse, si aucune contre indication n'existe.

Quel mode d'accouchement en cas de présentation du siège ?

- Si votre enfant se présente en siège, rien ne s'oppose formellement à un accouchement par les voies naturelles mais certaines conditions doivent être respectées.
- Les conditions les plus favorables pour un accouchement par les voies naturelles ont été définies par un comité d'experts (Collège national des Gynécologues obstétriciens Français) :

- ✓ Radiopelvimétrie normale,
- ✓ Flexion normale de la tête foetale,
- ✓ Estimation du poids de votre enfant à terme entre 2500 et 3800 grammes,
- ✓ Siège décomplété mode des fesses,
- ✓ Votre accord, car il est indispensable de pouvoir compter sur votre coopération lors de la phase d'expulsion

Comment va se dérouler l'accouchement si je choisis d'accoucher par les voies naturelles ?

- ✓ Le travail sera surveillé attentivement comme pour toute autre patiente.
- ✓ Une analgésie péridurale est tout à fait possible et même fortement recommandée.
- ✓ La dilatation du col devra être régulière et harmonieuse.
- ✓ Au cours de l'accouchement, une césarienne sera pratiquée si les circonstances l'exigent.
- ✓ Le risque de rétention de la tête fœtale est exceptionnel et peut nécessiter des manœuvres obstétricales.

Avantages et inconvénients de l'accouchement par césarienne systématique ?

- ➢ Avantages :
  - La césarienne systématique évite la réalisation d'une césarienne imprévue pendant le travail, et

Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

Information sur la présentation du foetus en siège

diminue considérablement, sans les faire disparaître totalement, les risques de lésions traumatiques pouvant survenir lors d'un accouchement par les voies naturelles.

➢ **Inconvénients :**

- La césarienne est une intervention chirurgicale qui comporte pour vous des risques supérieurs à ceux d'un accouchement normal (infection, hémorragie, phlébite...).
- Les douleurs post opératoires peuvent persister plusieurs semaines.
- Lors de votre prochaine grossesse, l'existence d'une cicatrice sur votre utérus expose à un risque de rupture de la cicatrice utérine (1% des cas), ce qui peut entraîner une hémorragie maternelle et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1 000).
- La cicatrice utérine peut aussi entrainer lors de votre prochaine grossesse, une anomalie de l'implantation placentaire appelée placenta accreta.

Ce choix du mode d'accouchement par les voies naturelles ou par césarienne peut être discuté jusqu'au terme, date à laquelle la situation obstétricale sera de nouveau analysée, surtout s'il existe d'autres facteurs de risque.

De toute façon, le choix du mode d'accouchement est déterminé conjointement par la patiente et par son médecin accoucheur. C'est pourquoi nous conseillons aux patientes dont l'enfant se présente en siège de consulter assez vite leur médecin accoucheur pour aborder ce type de discussion.

.

Où puis-je obtenir plus de renseignements ?

Votre médecin représente le meilleur interlocuteur et la meilleure source d'information par rapport à votre cas particulier.
Faites lui part de votre désir ou de vos questions.



Ce document est la propriété du CHU de Nice. Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à un accord du propriétaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2012;41(2):151‑66.
2. Soni MR. Breech presentation. Br Med J 1931;2:547–8.
3. Wright RC. Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section. Obstet Gynecol. déc 1959;14:758‑63.
4. Trolle D. Considerations on breech presentation as an indication for caesarean section. Dan Med Bull. juill 1960;7:117‑20.
5. Kubli F, Rüttgers H, Meyer-Menk M. [Danger of fetal acidosis in vaginal delivery from breech presentation (author's transl)]. Z Geburtshilfe Perinatol. févr 1975;179(1):1‑16.
6. O'Leary JA. Vaginal delivery of the term breech. A preliminary report. Obstet Gynecol. mars 1979;53(3):341‑3.
7. Gimovsky ML, Paul RH. Singleton breech presentation in labor: experience in 1980. Am J Obstet Gynecol. 1 août 1982;143(7):733‑9.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375‑83.
9. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972–2003. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mai 2007;132(1):20‑6.
10. Vendittelli F, Pons JC, Lemery D, Mamelle N. The term breech presentation: Neonatal results and obstetric practices in France. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. avril 2006;125(2):176‑84.
11. Molkenboer JFM, Bouckaert PXJM, Roumen FJME. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. BJOG Int J Obstet Gynaecol. oct 2003;110(10):948‑51.
12. Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli ACJ, et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. sept 2014;93(9):888‑96.
13. Rietberg CCT, Elferink-Stinkens PM, Visser GHA. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. BJOG Int J Obstet Gynaecol. févr 2005;112(2):205‑9.
14. Alexandersson O, Bixo M, Högberg U. Evidence-based changes in term breech delivery practice in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. juin 2005;84(6):584‑7.
15. Hehir MP, O'Connor HD, Kent EM, Fitzpatrick C, Boylan PC, Coulter-Smith S, et al. Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area. Am J Obstet Gynecol. juin 2012;206(6):498.e1-4.
16. Sullivan EA, Moran K, Chapman M. Term breech singletons and caesarean section: a population study, Australia 1991-2005. Aust N Z J Obstet Gynaecol. oct 2009;49(5):456‑60.
17. Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. janv 2006;194(1):20‑5.
18. van Roosmalen J, Meguid T. The dilemma of vaginal breech delivery worldwide. Lancet Lond Engl. 31 mai 2014;383(9932):1863‑4.

19. Carbonne B. [Hannah's term breech trial: For whom the bell tolls?]. Gynecol Obstet Fertil. sept 2006;34(9):677‑8.
20. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. avr 2006;194(4):1002‑11.
21. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG Int J Obstet Gynaecol. janv 2016;123(1):49‑57.
22. Krebs L, Langhoff-Roos J. Elective cesarean delivery for term breech. Obstet Gynecol. avr 2003;101(4):690‑6.
23. Gilbert WM, Hicks SM, Boe NM, Danielsen B. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: a population-based study. Obstet Gynecol. nov 2003;102(5 Pt 1):911‑7.
24. Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. août 2001;80(8):731‑7.
25. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol. mars 2004;103(3):407‑12.
26. Uotila J, Tuimala R, Kirkinen P. Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. Acta Obstet Gynecol Scand. juin 2005;84(6):578‑83.
27. Krupitz H, Arzt W, Ebner T, Sommergruber M, Steininger E, Tews G. Assisted vaginal delivery versus caesarean section in breech presentation. Acta Obstet Gynecol Scand. juin 2005;84(6):588‑92.
28. Toivonen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option. Acta Obstet Gynecol Scand. oct 2012;91(10):1177‑83.
29. Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S, et al. [The debate on breach presentation: Delivery of breach presentations: the position of the National College of French gynecologists]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2001;30(2):191‑2.
30. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. juill 2006;108(1):235‑7.
31. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. Vaginal delivery of breech presentation. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. juin 2009;31(6):557‑66, 567‑78.
32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green Top Guidelines: The Management of Breech Presentation. Guideline no. 20b. 2006.
33. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Ego A, Subtil D, et al. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2011;158(2):194‑8.
34. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. [Influence of mode of delivery in term breech presentation on the Apgar score and transfer in neonatal care unit. Results of the management of 568 singleton pregnancies in a level III French maternity]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2008;37(2):149‑53.
35. Jordan A, Antomarchi J, Bongain A, Tran A, Delotte J. Development and validation of an objective structured assessment of technical skill tool for the practice of breech presentation delivery. Arch Gynecol Obstet. août 2016;294(2):327‑32.
36. Roman H, Carayol M, Watier L, Le Ray C, Breart G, Goffinet F. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mai

2008;138(1):14‑22.
37. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol. sept 2004;191(3):864‑71.
38. Kotaska A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. BMJ. 30 oct 2004;329(7473):1039‑42.
39. Lawson GW. The term breech trial ten years on: primum non nocere? Birth Berkeley Calif. mars 2012;39(1):3‑9.
40. Swedish Collaborative Breech Study Group. Term breech delivery in Sweden: mortality relative to fetal presentation and planned mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. juin 2005;84(6):593‑601.
41. Hartnack Tharin JE, Rasmussen S, Krebs L. Consequences of the Term Breech Trial in Denmark. Acta Obstet Gynecol Scand. juill 2011;90(7):767‑71.
42. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 17 nov 2007;335(7628):1025.
43. Ulander V-M, Gissler M, Nuutila M, Ylikorkala O. Are health expectations of term breech infants unrealistically high? Acta Obstet Gynecol Scand. févr 2004;83(2):180‑6.
44. Borbolla Foster A, Bagust A, Bisits A, Holland M, Welsh A. Lessons to be learnt in managing the breech presentation at term: an 11-year single-centre retrospective study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. août 2014;54(4):333‑9.
45. Levine MG, Holroyde J, Woods JR, Siddiqi TA, Scott M, Miodovnik M. Birth trauma: incidence and predisposing factors. Obstet Gynecol. juin 1984;63(6):792‑5.
46. Hankins GDV, Clark SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. Semin Perinatol. oct 2006;30(5):276‑87.
47. Iffy L, Varadi V, Papp Z. Epidemiologic aspects of shoulder dystocia-related neurological birth injuries. Arch Gynecol Obstet. avr 2015;291(4):769‑77.
48. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet Lond Engl. 3 juin 2006;367(9525):1819‑29.
49. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 13 févr 2007;176(4):455‑60.
50. Schutte JM, Steegers EAP, Santema JG, Schuitemaker NWE, van Roosmalen J, Maternal Mortality Committee Of The Netherlands Society Of Obstetrics. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(2):240‑3.
51. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol. mai 2004;103(5 Pt 1):907‑12.
52. Grivell RM, Dodd JM. Short and long-term outcomes after cesarean section. Expert Rev Obstet Gynecol. 2011;6(2):205‑15.
53. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol. sept 2004;191(3):917‑27.

54. Vlemmix F, Kazemier B, Rosman A, Schaaf J, Ravelli A, Duvekot H, et al. 764: Effect of increased caesarean section rate due to term breech presentation on maternal and fetal outcome in subsequent pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 208(1):S321.
55. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. Am J Obstet Gynecol. mai 1996;174(5):1569‑74.
56. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 16 déc 2004;351(25):2581‑9.
57. UNICEF, World Health Organization, United Nations Population Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York, N.Y: United Nations Children's Fund; 1997.
58. Euro-Peristat project, SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. European Perinatal Health Report; 2008.
59. Euro-Peristat project, SCPE and Eurocat. European Perinatal health report. The health of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report; 2013.
60. Carbonne B. Increase in cesarean delivery: are we facing a pandemic? Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. déc 2009;107(3):183‑4.
61. American College of Obstetricians and Gynecologists (College), Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. mars 2014;210(3):179‑93.
62. Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khireddine I, Deneux-Tharaux C, Goffinet F. Stabilising the caesarean rate: which target population? BJOG Int J Obstet Gynaecol. avr 2015;122(5):690‑9.
63. Lembrouck C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. [Can we decrease cesarean rate at a university hospital treating high risk pregnancies?]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). juin 2016;45(6):641‑51.
64. Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D. [Term breech presentations in singleton pregnancies: a continuous series of 418 cases]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). nov 2013;42(7):685‑92.
65. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2001;98(2):186‑92.
66. Chinnock M, Robson S. Obstetric trainees' experience in vaginal breech delivery: implications for future practice. Obstet Gynecol. oct 2007;110(4):900‑3.
67. Vidaeff AC. Breech delivery before and after the term breech trial. Clin Obstet Gynecol. mars 2006;49(1):198‑210.
68. Delotte J, Schumacker-Blay C, Bafghi A, Lehmann P, Bongain A. [Medical information and patients' choices. Influences on term singleton breech deliveries]. Gynecol Obstet Fertil. sept 2007;35(9):747‑50.
69. Soutoul JH, Pierre F, Panel N. [Medical and legal implications of cesarean sections in light of jurisprudence]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1991;20(5):737‑44.
70. Shojai R, Bretelle F, D'Ercole C, Boubli L, Piercecchi M-D. [Litigation in obstetrics and gynaecology: experience of a university hospital in France]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). févr 2013;42(1):71‑5.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.