



HAL
open science

Evaluation de la satisfaction des femmes bénéficiant d'une version par manoeuvres externes : étude rétrospective menée à la maternité Port-Royal

Nadia Sahal

► **To cite this version:**

Nadia Sahal. Evaluation de la satisfaction des femmes bénéficiant d'une version par manoeuvres externes : étude rétrospective menée à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02307502

HAL Id: dumas-02307502

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02307502v1>

Submitted on 7 Oct 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 20 juin 2019

par

SAHAL Nadia

Née le 16 décembre 1996

**Evaluation de la satisfaction des femmes
bénéficiant d'une version par manœuvres
externes**

Etude rétrospective menée à la maternité Port-Royal

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Anne-Charlotte Laurent

Gynécologue-obstétricienne et ancienne chef de
clinique assistante à la maternité Port-Royal

JURY :

Mme Isabelle Monier

Mr Baptiste Bertho

Mme Mathilde Barrois

Sage-femme doctorante, chercheuse en épidémiologie, Maternité Port-Royal

Sage-femme enseignant, Ecole des sages-femmes de Baudelocque

Gynécologue-obstétricienne et chef de clinique assistante, Maternité Port-Royal

Mémoire N° : 2019PA05MA41

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu le Docteur Anne-Charlotte Laurent, ma directrice de mémoire, pour sa confiance, ses conseils et sa guidance pour l'élaboration de ce premier travail de recherche.

Au Docteur Aude Girault qui a contribué à la réalisation de ce mémoire en m'aidant dans mes calculs.

À Lucile Caubit pour avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.

Aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer mon travail ainsi que pour l'intérêt que vous lui porterez.

Un grand merci aux sages-femmes du CEF de Port-Royal, en particulier Mouna, mais également à toutes les étudiantes sages-femmes (Maïté, Houda, Marine, Lauriane, Agathe, Noa-Lyse et Soraya) qui ont contribué au recueil des questionnaires et sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

À l'équipe pédagogique pour la formation dispensée pendant ces 4 années. J'adresse plus particulièrement mes remerciements à Mme Hélène Guillaume, ma référente, qui a su me soutenir à chaque fois que j'en avais besoin ainsi qu'à Mme Anne Chantry, pour tous ses bons conseils.

A l'ensemble de ma promotion pour tous ces moments de joie, de rires mais aussi de stress et d'épuisement passés ensemble ; je vous souhaite à toutes le meilleur pour la suite.

Et plus personnellement, je tenais à remercier profondément :

Mes parents que j'aime tant pour m'avoir apporté leur support moral tout au long de ces études

Mes sœurs, mon frère et ma famille pour leur soutien à toute épreuve

Thanina et Hinde pour leur amitié sans faille

Sarra pour son aide en ayant pris le temps de relire ce mémoire

Résumé

Objectif : Evaluer la satisfaction des patientes prises en charge pour une version par manœuvres externes.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective, unicentrique et descriptive a été menée entre le 3 septembre 2018 et le 11 mars 2019 à la maternité Port-Royal. Un questionnaire papier était remis par les sages-femmes du service de centre d'explorations fonctionnelles aux patientes le lendemain de leur version par manœuvres externes pendant leur monitoring.

Résultats : Cette étude a inclus quarante-cinq patientes. La majorité d'entre elles étaient soit très satisfaites (42%), soit satisfaites (45%) de leur prise en charge. L'expérience de la version aurait pu être réitérer chez 71,1% des patientes et 68,9% pourraient la recommander à leurs proches. L'information délivrée par les professionnels à propos de la VME influait sur la satisfaction globale des patientes ($p=0,02$). Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la douleur provoquée par la VME et la satisfaction ($p=0,34$) ni entre le succès de la VME et la satisfaction des patientes ($p=0,89$).

Conclusion : Il est essentiel d'apporter une information claire et exhaustive aux femmes optant pour une VME.

Mots-clés : Satisfaction des patients, Version par manœuvres externes, Qualité des soins, Information

Abstract

Objective : To assess patient satisfaction with an external cephalic version (ECV).

Material and methods : A retrospective, monocentric and descriptive study was conducted between September 3, 2018 and March 11, 2019 at the Port-Royal maternity ward. A printed questionnaire was delivered by the midwives to women the day after their ECV during their monitoring.

Results : This study included forty-five women. The majority of them were either very satisfied (42%) or satisfied (45%) with their care. The experience of the version could have been repeated in 71.1% of patients and 68.9% could recommend it to their relatives. Information provided by professionals about ECV influenced overall patient satisfaction ($p=0.02$). In addition, we did not find association between pain caused by ECV and satisfaction ($p=0.34$) or between success of ECV and patient satisfaction ($p=0.89$).

Conclusion : It is essential to provide clear and comprehensive information to women opting for ECV.

Keywords : Patient satisfaction, External cephalic version, Quality of care, Information

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract	6
Objective : To assess patient satisfaction with an external cephalic version (ECV).....	6
Material and methods : A retrospective, monocentric and descriptive study was conducted between September 3, 2018 and March 11, 2019 at the Port-Royal maternity ward. A printed questionnaire was delivered by the midwives to women the day after their ECV during their monitoring.....	6
Results : This study included forty-five women. The majority of them were either very satisfied (42%) or satisfied (45%) with their care. The experience of the version could have been repeated in 71.1% of patients and 68.9% could recommend it to their relatives. Information provided by professionals about ECV influenced overall patient satisfaction (p=0.02). In addition, we did not find association between pain caused by ECV and satisfaction (p=0.34) or between success of ECV and patient satisfaction (p=0.89).....	6
Conclusion : It is essential to provide clear and comprehensive information to women opting for ECV.....	6
Liste des tableaux	10
Liste des figures.....	11
Liste des annexes.....	12
Liste des principales abréviations	13
Introduction.....	15
Première partie Cadre conceptuel.....	17
1. La version par manœuvres externes	17
1.1. Approche historique	17
1.2. Description de la technique.....	18
1.3. Intérêt.....	19
1.4. Complications	19

1.5.	<i>Contre-indications</i>	20
2.	La satisfaction	21
2.1.	<i>Définition</i>	21
2.2.	<i>Un modèle théorique de la satisfaction</i>	22
2.3.	<i>Questionnaires développés dans la littérature</i>	23
2.4.	<i>Pourquoi évaluer la satisfaction ?</i>	24
3.	Justification de l'étude	25
Deuxième partie Matériels & Méthodes		27
1.	Objectifs et hypothèses	27
2.	Type d'étude	27
3.	Population d'étude.....	28
4.	Recueil de données	28
4.1.	<i>Prise en charge à Port-Royal</i>	28
4.2.	<i>Récupération des questionnaires</i>	29
5.	Elaboration du questionnaire	29
6.	Analyses statistiques.....	33
7.	Considérations éthiques et réglementaires	33
Troisième partie Résultats		34
1.	Description générale de la population	34
2.	La satisfaction	38
2.1.	<i>Satisfaction globale</i>	38
2.2.	<i>Satisfaction selon les dimensions</i>	39
3.	L'information	40
4.	La douleur	42
5.	Les déterminants de la satisfaction.....	44
5.1.	<i>Influence de l'issue de la VME sur la satisfaction</i>	44
5.2.	<i>Influence de la douleur sur la satisfaction</i>	45
5.3.	<i>Influence de l'information donnée sur la satisfaction</i>	45
6.	L'avis des patientes	47
Quatrième partie Discussion		48
1.	Forces de l'étude.....	48

2. Limites de l'étude.....	49
3. Analyse et discussion des résultats	50
3.1. <i>Caractéristiques de la population</i>	50
3.2. <i>Objectif principal : Evaluer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une VME</i>	51
3.3. <i>2^{ème} objectif : Identifier des déterminants de la satisfaction des patientes</i>	55
3.4. <i>3^{ème} objectif : Explorer les besoins et attentes des patientes</i>	59
4. Implications et perspectives	61
Conclusion	63
Bibliographie	64
Annexes	69

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de la population d'étude	35
Tableau 2 : Taux de satisfaction moyen des patientes selon les dimensions et items.....	39
Tableau 3 : La douleur des patientes et leur ressenti en fonction de l'issue de la VME.....	43
Tableau 4: La satisfaction globale des patientes selon l'issue de leur VME.....	44
Tableau 5 : La satisfaction globale des patientes selon leur douleur pendant la VME.....	45
Tableau 6 : La satisfaction globale des patientes selon l'information donnée	45

Liste des figures

Figure 1 : Flow-chart	34
Figure 2: Diagramme représentant les différentes sources de connaissances des patientes sur la VME avant la proposition à l'hôpital	36
Figure 3 : Diagramme représentant la répartition de la satisfaction globale des patientes	38
Figure 4 : L'information reçue par les patientes concernant la VME et leur prise en charge	40
Figure 5 : Graphique représentant la douleur des patientes pendant et dans les 24 heures après la VME	42

Liste des annexes

Annexe 1 : Le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)	70
Annexe 2 : Version courte de l'Echelle de Qualité des Soins (EQS)	72
Annexe 3 : Questionnaire délivrée aux patientes.....	73
Annexe 4 : Fiche d'information destinée aux patientes réalisée par le CNGOF	77
Annexe 5 : Information sur le site de la maternité Port-Royal.....	80
Annexe 5 : Proposition d'une brochure d'information	81

Liste des principales abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

APD : Anesthésie Péridurale

ARCF : Anomalies du rythme cardiaque fœtal

CEF : Centre d'Explorations Fonctionnelles

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DAN : Diagnostic Anténatal

DPNI : Dépistage prénatal non invasif

ENS : Echelle Numérique Simple de la Douleur

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

NFS : Numération Formule Sanguine

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RAI : Recherche des Agglutinines Irrégulières

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists

SA : Semaine d'Aménorrhée

TP : Taux de Prothrombine

TCA : Temps de Céphaline Activée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VME : Version par manœuvres externes

Introduction

D'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (1), environ 5 % des nouveau-nés se présentaient par le siège en France métropolitaine. Pourtant, la voie d'accouchement dans ce cas continue encore à faire l'objet de polémiques.

Pendant longtemps, la césarienne s'est montrée comme étant une intervention comportant moins de risques que l'accouchement par voie basse pour les présentations du siège, principalement en termes de morbidité néonatale et périnatale. La célèbre et controversée étude d'Hannah (2) a encouragé cette idée et a conduit à une augmentation importante du taux de césarienne programmée pour cette indication, devenant délétère pour la morbidité maternelle et empêchant les obstétriciens et les sages-femmes de réaliser les manœuvres d'un accouchement du siège. Ainsi, en France, le taux de césariennes pour siège est passé de 60% entre 1994 et 1996, à 80% en 2003–2005. (3)

De nombreux débats ont alors fait suite à cet essai randomisé (4–6) qui a été remis en question d'un point de vue méthodologique. Quelques années plus tard, une large étude prospective franco-belge (PREMODA) réintégrera dans la pensée commune le fait qu'un accouchement voie basse peut être envisageable sous certaines conditions d'acceptabilité et avec des praticiens expérimentés. (7)

La majorité des femmes souhaiteraient un accouchement par les voies naturelles, bien que la plupart accepteraient une césarienne en cas d'indication médicale. (8) On sait que la version par manœuvres externes (VME) constitue la seule technique efficace pour diminuer le taux de présentation céphalique à l'accouchement ainsi que le taux de césarienne (9). Elle est proposée dans certains hôpitaux mais reste méconnue de certaines patientes.

Au cours de mes stages, j'ai pu rencontrer des patientes après leur VME qui n'avaient pas eu une bonne expérience de ce geste et qui s'en étaient retrouvées bouleversées pour

différentes raisons : l'échec de la manœuvre, la douleur insupportable du geste ou encore le sentiment de regret causé par des complications survenues après la VME. C'est pourquoi nous nous sommes demandées si les patientes étaient réellement satisfaites de leur prise en charge et dans quelle mesure cette satisfaction était influencée par leur expérience à la maternité Port-Royal.

Première partie

Cadre conceptuel

1. La version par manœuvres externes

1.1. *Approche historique*

Depuis le temps d'Aristote (384-322 av. JC), certains médecins conseillaient aux sages-femmes de manipuler la tête du fœtus de sorte à ce qu'elle soit la première à se présenter à l'accouchement. (10) C'est Just-Henri Wigand, célèbre accoucheur allemand, qui décrira pour la première fois cette manœuvre en 1807, que lui-même réalisait auprès de patientes en travail. La démocratisation de cette technique se fera plus tard grâce à de multiples observations détaillées dans le « *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes* » (11) publié en 1878 par Tarnier et Pinard. Dès lors, les avis divergent sur son innocuité et son efficacité.

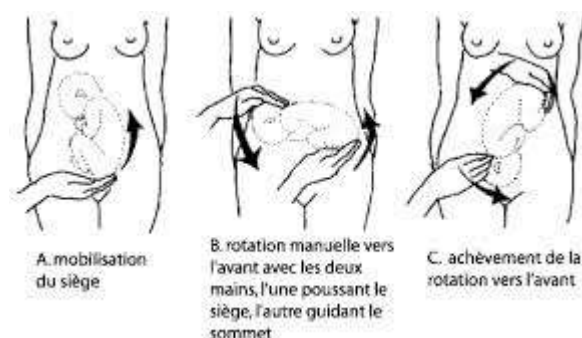
Mais en 1980, un regain d'intérêt lui est porté, aux Etats-Unis notamment, lorsque la littérature scientifique prouve l'intérêt de la VME dans la réduction du taux de césariennes et d'accouchements par le siège. L'amélioration concomitante de la surveillance foetale grâce à l'introduction de l'échographie de haute qualité et de la cardiotocographie favoriseront également sa résurgence. (10)

Par la suite, les sociétés savantes telles que le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2000, puis l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2001 en recommanderont sa pratique au vu du taux croissant de césariennes programmées pour siège. (12)

1.2. Description de la technique

La VME est une technique obstétricale consistant en la manipulation du fœtus se présentant par le siège (ou en position transverse et parfois sur le second jumeau en siège après l'accouchement du premier) à travers la paroi abdominale maternelle. L'objectif est de le positionner en présentation céphalique. Cette manœuvre doit être réalisée à l'aide de pressions douces et de manière progressive pour amener le fœtus à se retourner. En France, la VME peut être réalisée par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme entraînée.

Lors de la version, la patiente est installée en décubitus dorsal, les jambes mi-fléchies. La première main de l'opérateur va remonter le siège hors du pelvis et le refouler vers le côté où se trouve le dos fœtal. Tout en maintenant cette position, l'autre main va fléchir la tête fœtale vers la face ventrale du fœtus et l'abaisser pour permettre la rotation fœtale. Une fois le diamètre transverse franchi par les deux extrémités fœtales, il ne reste plus qu'à orienter la tête vers le détroit supérieur. (13) En cas d'échec de la manœuvre, il est recommandé de ne la retenter qu'une à trois fois maximum. (14) La VME est réalisée à proximité d'un bloc opératoire afin de pouvoir réaliser une césarienne en urgence. La patiente doit avoir une consultation d'anesthésie avec un bilan pré opératoire à jour et reçoit une information complète lui précisant les principes, les avantages, les risques d'échec et les complications potentielles de la VME. Son consentement doit avoir été recueilli au préalable.



Source : <http://www.cpdp-martinique.com/sites/default/files/images/Fiche%20info%20VME.pdf>

1.3. Intérêt

Avant les années 1970, la VME était communément pratiquée chez les patientes dès 32 SA (15). Aujourd'hui, on sait que lorsque la VME est réalisée trop tôt, il y a un risque de prématurité induite (16) et un taux de version spontanée après la VME important. En revanche, le taux d'échec est d'autant plus élevé que le terme est avancé car la manœuvre est plus difficile à réaliser. C'est pourquoi cette intervention se fait de préférence vers 36-37 SA (13). Néanmoins, certaines versions sont pratiquées après ce terme en raison d'un diagnostic tardif de la présentation.

Le taux de succès de la VME à terme reste néanmoins modeste. En 2004, une étude rétrospective réalisée à la maternité de Port-Royal portant sur 237 versions montrait un taux de succès de 50,6%. (17) Ce taux reste très variable selon les études (entre 39 et 65%). (18) Cette variabilité peut être expliquée par l'hétérogénéité des caractéristiques obstétricales des populations concernées par la VME : la parité, le type de siège, la quantité de liquide amniotique et le terme auquel est réalisé la manœuvre influent sur son efficacité. Le taux de réussite est également fonction de l'expérience et de la conviction des obstétriciens qui la réalisent mais aussi du caractère systématique ou non de la proposition de la manœuvre. (18)

Toutefois, cette intervention a assurément un intérêt auprès des patientes. Une méta-analyse réalisée par la Cochrane en 2015 montrait une diminution significative de la fréquence des présentations non-céphaliques à terme (RR=0,42 [0,35-0,50]) et une baisse du taux de césariennes pour siège (RR=0,52 [0,39-0,71]) grâce à la VME. De plus, celle-ci ne semblait pas augmenter la mortalité périnatale (RR=0,44 [0,07-2,92]). (9)

1.4. Complications

Concernant les complications de cette manœuvre, elles restent rares lorsque les contre-indications sont respectées et les précautions prises, avec un taux entre 1 à 2 % d'après la littérature (17). Mais elle peut exposer à certains risques : les complications dites

mineures sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal transitoires, la rupture des membranes, les saignements vaginaux ou la mise en travail.

Les complications sévères rapportées, beaucoup plus exceptionnelles, sont la rupture utérine, l'asphyxie fœtale menant à la césarienne en urgence, l'hématome rétroplacentaire, la procidence du cordon après rupture des membranes, la fracture chez le fœtus (19) ou encore la mort fœtale in-utero. (9,20)

1.5. Contre-indications

C'est pourquoi, dans certains cas particuliers, la VME est contre-indiquée. En effet, les grossesses multiples ainsi que les femmes ayant rompu prématurément les membranes ne peuvent pas bénéficier d'une VME. On ne tentera pas non plus la version chez les patientes porteuses d'un utérus multicatriciel ou d'un placenta prævia. Les patientes séropositives pour le VIH avec une charge virale active, les cas d'allo-immunisation et les métrorragies inexplicables font également partie des contre-indications à la VME en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Du point de vue fœtal, les malformations telles que le laparoschisis ou le spina bifida, les anomalies du rythme cardiaque avant la VME ou encore les fœtus avec un retard de croissance intra-utérin contre-indiquent cette pratique (13).

D'autres contre-indications se discutent au cas par cas : un début de travail avec une présentation oblique ou transverse, l'oligoamnios selon son importance, les malformations utérines, l'utérus fibromyomateux selon la localisation et la taille du/des myome(s) ou encore l'utérus unicatriciel avec un bassin normal (13).

Evidemment, la décision de réaliser une VME ou non reste un choix et les patientes la refusant se verront proposer soit une tentative d'accouchement par voie basse après la

réalisation d'une radiopelvimétrie et d'une échographie fœtale, soit la réalisation d'une césarienne programmée.

Bien que la VME ait été largement étudiée et qu'elle ait fait la preuve de son efficacité et de son faible taux de complications, on en sait peu sur l'expérience et la satisfaction des femmes par rapport à cette intervention. Afin de mieux la cerner et l'améliorer, on ne peut se limiter aux seules évaluations de l'état de santé des parturientes et des nouveau-nés.

2. La satisfaction

2.1. *Définition*

Actuellement, il n'existe aucune définition de la satisfaction qui suscite un consensus au sein de la communauté scientifique car ce concept repose sur une notion subjective qui fait l'objet de définitions diverses selon les auteurs. (21) À l'origine, ce terme vient des mots latins *satis* (« assez ») et *facere* (« faire »), que l'on peut traduire littéralement par « en faire assez ». Dans le Larousse, la satisfaction est définie par « le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir ou d'un souhait » ou encore comme « ce qui répond à la demande de quelqu'un ».

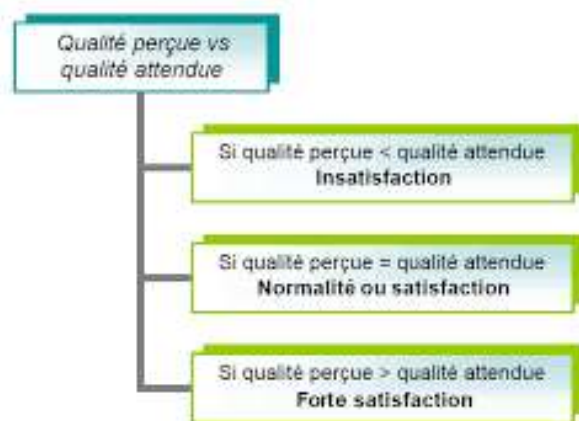
La satisfaction comporte trois caractéristiques fondamentales : elle est subjective, c'est-à-dire qu'elle dépend de la perception du patient et non de la réalité elle-même ; elle est relative, c'est-à-dire qu'elle varie selon les caractéristiques intrinsèques de chacun, le contexte et l'état émotionnel dans lequel il se trouve. Enfin, elle est évolutive, c'est-à-dire qu'elle varie dans le temps selon ses besoins et ses attentes. (22)

Gregory C. Pascoe avance une définition souvent reprise : « La satisfaction du patient serait définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de

connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services ». (23) Elle a donc une nature psychologique complexe intégrant le résultat de processus à la fois cognitifs et affectifs, que plusieurs modèles théoriques ont tenté de conceptualiser.

2.2. *Un modèle théorique de la satisfaction*

La recherche sur la mesure de la satisfaction s'est essentiellement construite autour du paradigme de la confirmation des attentes. Celui-ci repose sur trois notions que sont la comparaison, les attentes et les perceptions. Ainsi, lorsque la qualité perçue par le patient n'est pas à la hauteur de ce qu'il attendait, il en résulte de l'insatisfaction. Au contraire, quand la qualité perçue est supérieure à la qualité attendue, le patient ressent une forte satisfaction. Enfin, lorsque la qualité perçue est égale à la qualité attendue, le patient



Paradigme de la confirmation des attentes

éprouve une simple satisfaction (ce sentiment se situe dans une zone de normalité). Cette théorie est schématisé dans la figure suivante :

Source : RAY Daniel, « Mesurer et développer la satisfaction clients », Éditions d'Organisation,

2001

Néanmoins, l'évaluation et l'interprétation de la satisfaction dans la littérature restent difficiles à établir du fait de sa subjectivité. En effet, on tente par-là de capturer une appréciation personnelle des soins qui ne peut pas être connue en observant les soins directement. (24) La mesure de la satisfaction peut s'appuyer sur de multiples moyens. En

général, elle se réalise au travers de plaintes, de questionnaires ou d'enquêtes menées à l'initiative des établissements. Notre étude se basant sur un questionnaire, nous nous focaliserons sur les questionnaires développés dans la littérature scientifique.

2.3. Questionnaires développés dans la littérature

Le concept de satisfaction est multidimensionnel. Par conséquent, de nombreux facteurs peuvent influencer cette mesure. Il faut donc savoir sur quels critères reposent l'évaluation de la satisfaction d'un patient à l'égard de sa prise en charge. Une seule variable (par exemple la douleur) ne pourrait pas permettre de rendre compte de la satisfaction ressentie par les femmes. Des chercheurs ont donc identifié ce que l'on a pour habitude d'appeler dans la littérature des « items », qui seront évalués par les patients lors des enquêtes. Afin de faciliter l'analyse des résultats, les chercheurs ont tendance à regrouper ces éléments sous des thèmes plus généraux qu'on nomme « dimensions ». Il existe une multitude de dimensions qu'un service peut vouloir évaluer : l'empathie des soignants, la sécurité, le coût des soins, le respect, la compétence du personnel, la fiabilité des informations, l'accessibilité du service, le confort des installations physiques... Plusieurs travaux se sont donc appliqués à reconnaître les dimensions auxquelles les services de soins devaient donner priorité.

En 1983, Ware établit le Patient Satisfaction Questionnaire (Annexe I) en classifiant les attentes des patients selon huit dimensions, dans lesquelles sont retrouvés plusieurs « items » (24). Celui-ci a été conçu de manière à être utilisable dans les populations d'étude de manière générale.

L'un des outils les plus utilisés en France est l'Échelle de qualité des soins (Annexe II) qui s'intéresse à deux dimensions majeures de la satisfaction : l'information médicale délivrée et les relations avec les soignants. Ce sont deux aspects considérables de la qualité des soins et pour cause, la place du patient et sa relation avec le soignant ont largement

évolué ces dernières décennies. Aujourd'hui, les patients sont beaucoup mieux informés qu'auparavant, conscients d'eux-mêmes, critiques et en mesure de porter leur propre jugement. Ils représentent dès lors des interlocuteurs importants lors des discussions relatives au traitement optimal de leur état de santé.

2.4. Pourquoi évaluer la satisfaction ?

La satisfaction des patients fait aujourd'hui partie des indicateurs approuvés dans l'appréciation de la qualité des soins. Elle intègre d'ailleurs la définition de l'évaluation de la qualité des soins émise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1992 : il s'agit d'une « démarche qui doit garantir au patient les actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé [...] pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de santé ». (25)

En France, son évaluation s'inscrit législativement dans le contexte de respect de la place du patient dans l'organisation du système de santé : l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurait la certification des établissements de santé et prenait en compte les besoins et attentes des patients ainsi que la mesure de leur satisfaction. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a également participé à l'appui de cette démarche (26,27).

La littérature a également prouvé l'intérêt de l'évaluation de cette satisfaction : on trouve des études montrant qu'une meilleure satisfaction des patients est un élément favorisant leur adhérence aux soins et traitements prodigués ainsi qu'aux rendez-vous de suivi, ce qui entraîne par la suite de meilleurs résultats pour leur santé et leur qualité de vie. (23,28)

3. Justification de l'étude

La version peut être mal vécue par les patientes pour plusieurs raisons. En 2016, une étude qualitative australienne est parue sur l'expérience de 22 patientes ayant bénéficié d'une VME (29). Dans les notions qui émergeaient principalement de leur discours, on relevait le besoin d'informations supplémentaires de la part des professionnels de santé car elles regrettaient de ne pas avoir pris la décision la plus éclairée possible.

Cette même étude rapportait que les patientes, en reposant leurs espoirs sur la version pour retrouver les mêmes chances d'accoucher par voie basse, pouvaient mal vivre les suites d'un échec de la manœuvre (29).

Enfin, la douleur est également un élément retrouvé et redouté d'après l'expérience des patientes. En effet, un essai clinique randomisé réalisé en 2013 à Genève (30), montrait que la douleur était majoritairement décrite comme forte à insupportable et surtout comme angoissante.

D'une expérience peut découler un sentiment de forte satisfaction, de satisfaction ou à l'inverse d'insatisfaction selon le degré de réalisation de nos attentes. A l'heure où l'aspect technique tend à prendre le pas sur la dimension humaine, il est nécessaire de mettre en lumière la satisfaction de nos patientes et de la rechercher dans toutes les situations afin d'améliorer nos pratiques. De nombreuses études de satisfaction en obstétrique ont déjà été réalisées pour les périodes du perpartum et du postpartum. (31,32)

À notre connaissance, la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge pour une VME ainsi que les facteurs associés à cette satisfaction n'ont pas encore été étudiés. Par conséquent, le but de la présente étude est d'évaluer la satisfaction de ces patientes ainsi que d'identifier ses déterminants, en portant une attention particulière aux variables de la douleur, de l'issue de la version (succès ou échec) et de l'information reçue.

Deuxième partie

Matériels & Méthodes

1. Objectifs et hypothèses

Question de recherche : Les femmes ayant vécu une VME en sont-elles satisfaites et quels éléments de leur expérience ont eu un impact sur cette satisfaction ?

Objectif principal : Evaluer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une VME par deux méthodes : la satisfaction globale et la satisfaction selon des dimensions

Objectifs secondaires :

- Identifier des déterminants de la satisfaction de la VME
- Explorer les besoins et les attentes des patientes

Hypothèses :

- Les patientes sont d'autant plus satisfaites que la VME est réussie
- La satisfaction maternelle est liée à l'information délivrée aux patientes
- Il n'y a pas de relation entre satisfaction des patientes et douleur durant l'intervention

2. Type d'étude

Une étude quantitative, unicentrique, rétrospective et descriptive a été conduite entre le 3 septembre 2018 et le 11 mars 2019. Le lieu de notre étude s'est porté sur la maternité Port-Royal car il s'agit d'une maternité de type III où la VME y est proposée de manière systématique après un diagnostic de présentation du siège à partir du 8ème mois de

grossesse (10 à 15 VME par mois y sont réalisées en moyenne). Des questionnaires de satisfaction étaient remplis par les patientes le lendemain de leur VME.

3. Population d'étude

Toutes les femmes ayant bénéficié d'une VME à Port-Royal dans cette période pouvaient être incluses dans l'étude. Nous avons exclu de l'étude les femmes refusant de répondre au questionnaire, les patientes ne comprenant pas le français ainsi que les patientes mineures.

4. Recueil de données

4.1. Prise en charge à Port-Royal

A la maternité Port-Royal, 1 à 2 VME sont planifiées par jour au maximum. La patiente a rendez-vous à 11 heures et doit se présenter à l'accueil des urgences. La présentation fœtale est contrôlée par l'interne de l'hôpital de jour (HDJ). Les biométries fœtales ainsi que la quantité de liquide amniotique sont vérifiées. En cas de présentation du siège, l'admission de la patiente se fait en HDJ. Là-bas, la parturiente est accueillie par une infirmière. L'externe pose alors un monitoring pendant 20 à 30 minutes afin de s'assurer de l'absence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) et de contractions utérines. Une consultation d'anesthésie ainsi qu'un bilan biologique (NFS, TP/TCA, RAI) doivent obligatoirement être présents dans le dossier obstétrical de la patiente. La patiente ne doit pas être à jeun, un déjeuner léger est possible. Aucune prémédication n'est administrée à la patiente. La VME est programmée pour 13-14h. Entre temps, l'obstétricien explique à la patiente l'intérêt de la version mais également les risques potentiellement encourus.

La patiente se présente accompagnée par l'interne d'HDJ avec son dossier au bloc du diagnostic anténatal (DAN) au 3ème étage où elle sera préparée et habillée en tenue de bloc opératoire. Le conjoint peut être présent pendant le geste. Il effectue ensuite le geste à l'aide d'un interne, toujours sous surveillance de l'activité cardiaque fœtale et de l'efficacité du

geste à l'échographie. Si la VME est un échec, une radiopelvimétrie est prévue le jour même pour la patiente après l'avoir informée des modalités de l'accouchement par voie basse du siège et son dossier obstétrical sera systématiquement présenté au staff le lendemain matin pour valider la possibilité d'accouchement par voie basse ou non. La patiente est informée de la possibilité de voie basse ou non lors de son rendez-vous de contrôle post-VME le lendemain, elle est libre de décider d'une césarienne programmée.

Dans tous les cas, une surveillance du RCF est réalisée juste après le geste, 24h après et une semaine après et un test de Kleihauer sera prélevé (le jour même si Rhésus négatif et le lendemain si Rhésus positif) au centre d'explorations fonctionnelles (CEF). Une injection d'immunoglobulines anti-D sera réalisée pour les patientes de Rhésus négatif du fait du haut risque d'hémorragie foëto-maternelle de la manœuvre.

4.2.Récupération des questionnaires

Les patientes étaient identifiées préalablement grâce à un agenda où les VME du mois étaient programmées puis les questionnaires étaient mis dans les dossiers obstétricaux de celles-ci. Des questionnaires étaient également mis à disposition dans les deux salles de consultation des sages-femmes du centre d'explorations fonctionnelles (CEF) de Port-Royal, qui recevaient les patientes pour leurs monitorings de surveillance post-VME. Une à trois fois par semaine, nous allions le matin vérifier les monitorings post-VME sur le planning des sages-femmes du CEF pour déposer des questionnaires vierges étiquetés au nom des patientes sur le bureau des sages-femmes. Tout ceci a été mis en place afin que les sages-femmes pensent à remettre le questionnaire aux patientes pendant leur monitoring de contrôle le lendemain de la VME et diminuer la perte d'effectif.

5. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire remis aux patientes (*Annexe III*) a été créé puisqu'aucun outil à notre connaissance n'était disponible à ce sujet. Il est introduit par un court texte de présentation

et permet à chaque patiente de comprendre l'objectif de cette enquête et lui rappelle le respect de l'anonymat des réponses. L'aspect visuel et la lisibilité du texte global ont été pris en compte. Nous avons fait le choix de nombreuses questions fermées afin de faciliter l'analyse des résultats.

Dans la première partie du questionnaire, les caractéristiques sociodémographiques de la patiente (âge, parité, situation familiale, niveau d'étude) sont recueillies. Quelques questions à propos de la VME sont ensuite posées : la connaissance de la VME avant la proposition à l'hôpital, le nombre de VME précédentes réalisées et l'issue de la VME actuelle.

Pour la deuxième partie du questionnaire, la satisfaction est mesurée de 2 manières :

❖ La **satisfaction globale** mesurée à l'aide d'une échelle numérique simple

Nous avons demandé aux femmes de coter sur une échelle numérique simple entre 0 et 10 leur satisfaction globale à propos de leur prise en charge dans sa globalité. Pour trouver la valeur à partir de laquelle la note de satisfaction globale était jugée insatisfaisante, nous avons cherché la valeur à partir de laquelle les effectifs chutent fortement, qui était « 6 ».

Lors d'une enquête de satisfaction, il y a généralement une majorité de répondants qui se déclarent satisfaits, et quelques répondants seulement sont insatisfaits. C'est pour cela que les patientes ont été classées en 3 groupes dans notre étude : pour une note entre 0 et 6, elles étaient dans le groupe « Insatisfait » ; « Satisfait » pour une note entre 7 et 8 ; « Très satisfait » entre 9 et 10.

❖ La **satisfaction des usagères à l'égard des différents aspects du service dispensé**

Nous nous sommes appuyés sur une précédente étude mesurant la qualité des soins en court séjour (26). Elle-même s'était basée sur l'Échelle de qualité des soins (25) élaborée en 1999. Cet outil a été préalablement validé dans d'autres études et conçu en France. Les

questionnaires de satisfaction non français comportaient souvent une dimension sur le coût des soins, qui n'était pas applicable dans notre étude. Notre grille de questions comportait donc 11 items répartis en cinq dimensions :

- ☑ L'information : l'obtention de réponses aux questions posées ;
- ☑ La relation avec les soignants : l'identification des différents membres du personnel, la disponibilité de l'équipe soignante, la prise en compte des inquiétudes et appréhensions de la patiente ;
- ☑ L'attitude des soignants : le respect de l'intimité de la patiente, la communication adaptée des médecins et des soignants vis-à-vis de la patiente, l'intégration du/de la conjoint(e) ou de la personne accompagnante dans la prise en charge ;
- ☑ Le bien-être physique : la prise en compte de la douleur et des inconforts (malaise, nausées, vertiges...) ;
- ☑ Le fonctionnement du service : le temps d'attente, l'ambiance du service et la coordination des équipes

Nous avons choisi pour cette grille une échelle de type Likert à 4 modalités de réponse pour évaluer les différents items. Cette échelle est la plus utilisée dans le cadre d'enquêtes et de questionnaires de satisfaction et permet d'interroger les individus sur leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation tout en laissant place à des avis nuancés. Nous avons fait le choix d'une échelle paire qui oblige le répondant à donner une réponse tranchée. Une case « Non Concerné » permettait de détecter les répondantes qui ne pouvaient se prononcer sur certains items.

Ces modalités de réponse ont été associées à des scores de 0 à 3 où « 0 » correspondait à la modalité « Pas du tout » et « 3 » à la modalité « Tout à fait ». La méthode de scoring élaborée impliquait des scores par item et par dimension de satisfaction. Ainsi, plus le score est élevé et plus la patiente est satisfaite. Le taux de satisfaction moyen de la population d'étude était par la suite calculé pour chaque item et dimension. Il a été calculé par le

quotient établi entre le score moyen obtenu pour un item ou une dimension et le nombre de points maximum attribuable à cet item (soit 3) ou cette dimension, multiplié par 100.

La troisième partie du questionnaire concernant l'évaluation de l'information délivrée à la patiente a été réalisé en s'appuyant sur la fiche d'information pour les patientes concernant les versions par manœuvres externes du CNGOF (*Annexe III*). Dix éléments d'information y ont été repris en demandant aux patientes si elles les avaient bien reçus : l'intérêt de la VME, son déroulement, le taux de succès, le désagrément passager du geste, ses effets indésirables (perte des eaux, saignements, contractions, ARCF), les examens réalisés et l'organisation du suivi après la VME.

La quatrième partie évaluait la douleur ressentie par la patiente au moment de la VME et dans les 24 heures après à l'aide d'une échelle numérique simple (ENS) de 0 à 10 accompagnée d'une échelle de Likert allant de « Aucune douleur » à « Douleurs maximales » afin de guider au mieux les patientes dans leur ressenti. Enfin, la dernière question était ouverte et laissait place aux suggestions que la patiente voulait faire.

Nous avons testé préalablement notre questionnaire sur 2 patientes début septembre puis nous avons modifié notre grille de satisfaction et supprimé une question ouverte sur les informations qu'elles auraient aimé avoir.

Afin de réaliser des croisements de données au sujet de la satisfaction, c'est la satisfaction globale qui a été utilisé avec les 3 groupes « Très satisfait », « Satisfait », « Insatisfait », tels que précédemment définis.

6. Analyses statistiques

Nous avons prévu d'inclure 50 patientes sur la période d'étude. Tous les résultats ont été retranscrits sur une feuille de calcul Excel et interprétés à l'aide du logiciel STATA et du site internet BiostaTGV. Les tests utilisés pour nos analyses étaient le test de Fisher exact pour nos variables qualitatives compte tenu de notre effectif et le test de Student pour nos variables quantitatives, après vérification des conditions d'application. Le test a été considéré comme étant significatif pour un p-value inférieur ou égal à 0,05.

Pour la question ouverte, lorsque les patientes donnaient un nombre important de réponses identiques, nous les avons triées par thème. Pour chaque thème nous avons précisé l'effectif correspondant.

7. Considérations éthiques et réglementaires

Le consentement du chef de service d'obstétrique de la maternité Port-Royal, le Professeur GOFFINET, ainsi que ceux des cadres sages-femmes, Mme HILLION Karine et Mme FRANCHITTO Marie-Cécile ont été recueilli pour la réalisation de notre étude.

Troisième partie

Résultats

1. Description générale de la population

Entre le 3 septembre 2018 et le 11 mars 2019, il y a eu 104 admissions pour version par manœuvres externes. Compte tenu des informations non retrouvées et des contre-indications découvertes avant la VME, 90 VME étaient éligibles pour notre étude. Nous avons recueilli 45 questionnaires au total, soit un taux de retour de questionnaire de 50%. 3 patientes ont été volontairement exclues de l'étude par les sages-femmes car elles ont été considérées comme dans un état psychologique qui ne leur permettait pas de répondre au questionnaire : une patiente ayant eu une césarienne programmée le lendemain de son échec

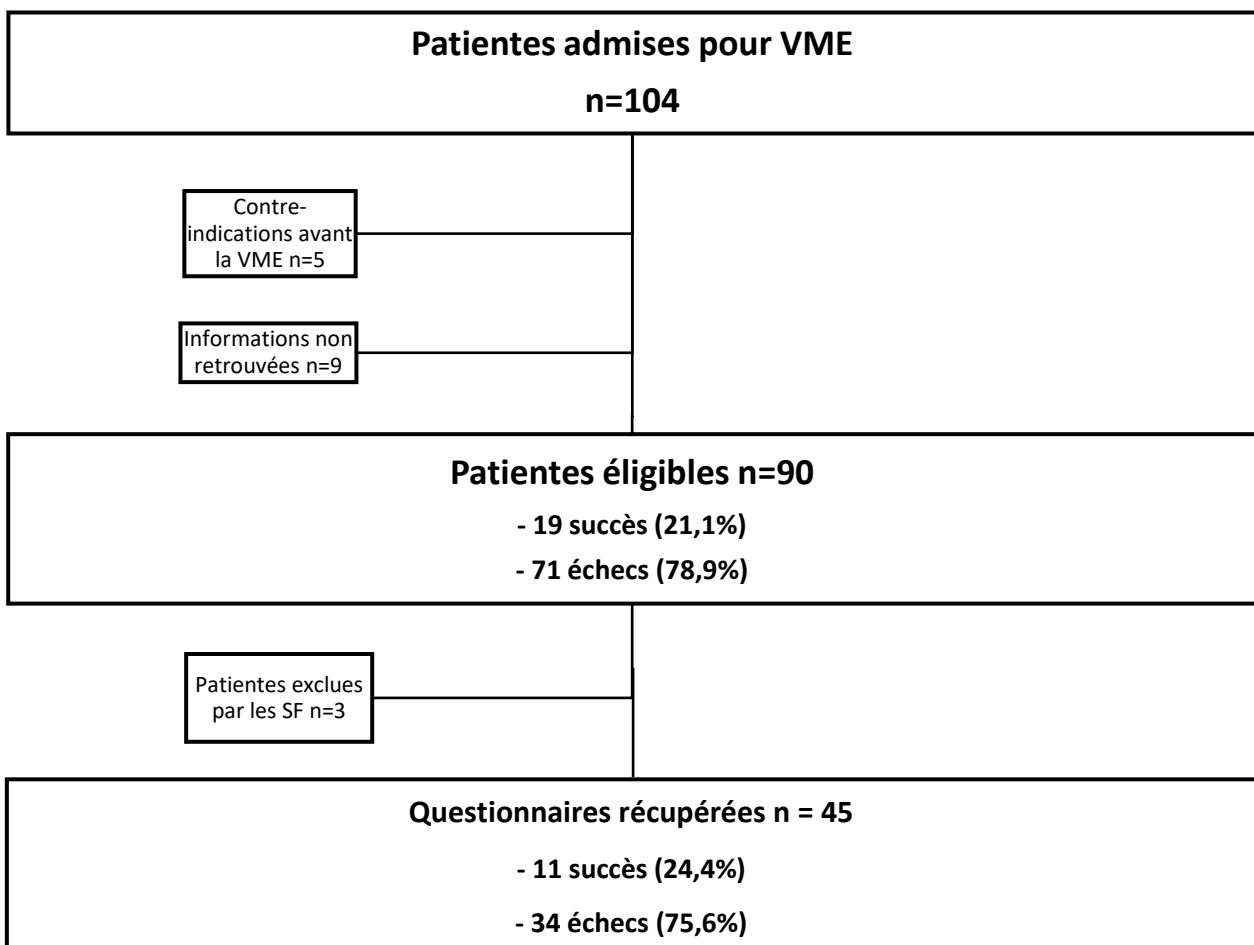


Figure 1 : Flow-chart

de VME pour indication maternelle, une patiente dont le fœtus a fait une bradycardie lors de son monitoring post-VME et une patiente ayant mal vécu sa VME. Sur les 90 VME recensées, 27,1% ont réussi.

CARACTERISTIQUES DES PATIENTES	Total n (%)	Succès n (%)	Echec n (%)	p- value
Total des VME N (%)	45 (100%)	11 (24,4%)	34 (75,6%)	
Âge				
< 30 ans	9 (20)	4 (36,3)	5 (14,7)	0,48
30-34 ans	25 (55,6)	5 (45,5)	20 (58,8)	
35-39 ans	7 (15,6)	1 (9,1)	6 (20,6)	
≥ 40 ans	4 (8,9)	1 (9,1)	3 (8,8)	
Situation familiale				
Vit en couple	42 (93,3)	10 (90,9)	32 (94,1)	0,63
Vit seule	3 (6,7)	1 (9,1)	2 (5,9)	
Niveau d'étude				
Avant baccalauréat	4 (8,9)	0	4 (11,8)	0,47
Baccalauréat	5 (11,1)	2 (18,2)	3 (8,8)	
Enseignement supérieur	36 (80)	9 (81,8)	27 (79,4)	
Parité				
Primipares	28 (62,2)	3 (27,3)	25 (73,5)	0,01
Multipares (≥2)	17 (37,8)	8 (72,7)	9 (26,5)	
Cours de PNP				
Oui	32 (71,1)	6 (54,5)	26 (76,5)	0,25
Non	13 (28,9)	5 (45,5)	8 (23,5)	

Tableau 1: Caractéristiques de la population d'étude

Concernant les caractéristiques des participantes, l'âge des patientes variait entre 24 et 42 ans, avec une moyenne d'âge à 32,4 ans. La majorité des patientes vivaient en couple (93,3%) et avaient fait des études supérieures (80%). Plus de la moitié des patientes étaient des primipares (62,2%). Dans les multipares qui représentaient 37,8% de notre population, il y avait 12 secondipares, 4 troisièmes pares et 1 quatrième pare. Environ $\frac{3}{4}$ des femmes avaient assisté à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) au cours de leur grossesse.

Aucune patiente n'avait vécu de version par manœuvres externes auparavant mise à part une patiente pour laquelle une première VME avait été tentée une première fois la veille. Dans notre étude, 24,4% des VME ont réussi. Les 2 groupes « Succès » et « Echec » étaient comparables pour les variables de l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude mais pas pour la parité : on observait plus de multipares (≥ 2) dans le groupe « Succès » ($p = 0,01$).

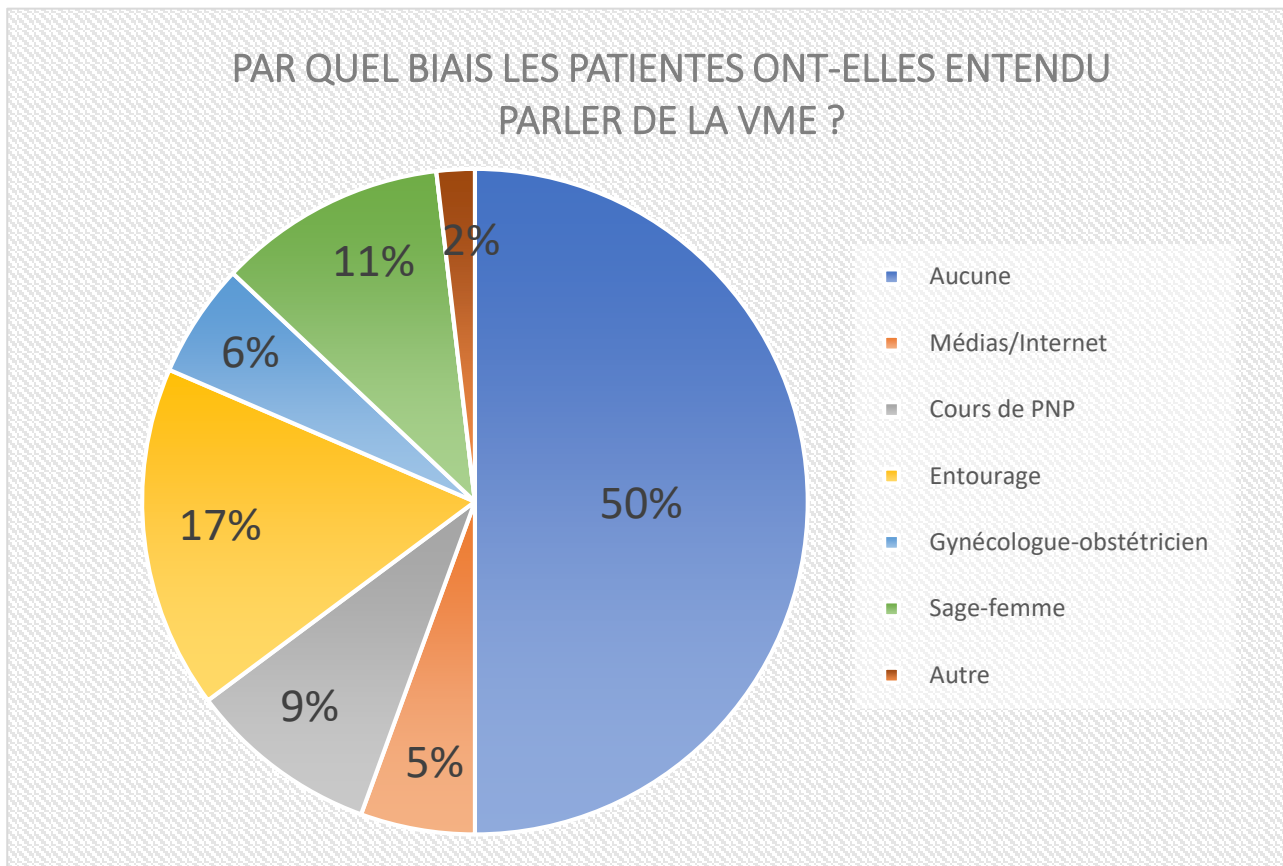


Figure 2: Diagramme représentant les différentes sources de connaissances des patientes sur la VME avant la proposition à l'hôpital

Pour la moitié des patientes, la VME leur était inconnue avant qu'on leur en parle à la maternité. Autrement, elles avaient préalablement eu des informations par le biais de leur entourage (17%), de leur sage-femme (11%), de leur cours de préparation à la naissance (9%), de leur gynécologue (6%) ou encore à travers les médias (5%). Une des patientes était elle-même médecin de profession et connaissait déjà cette pratique.

2. La satisfaction

2.1. Satisfaction globale

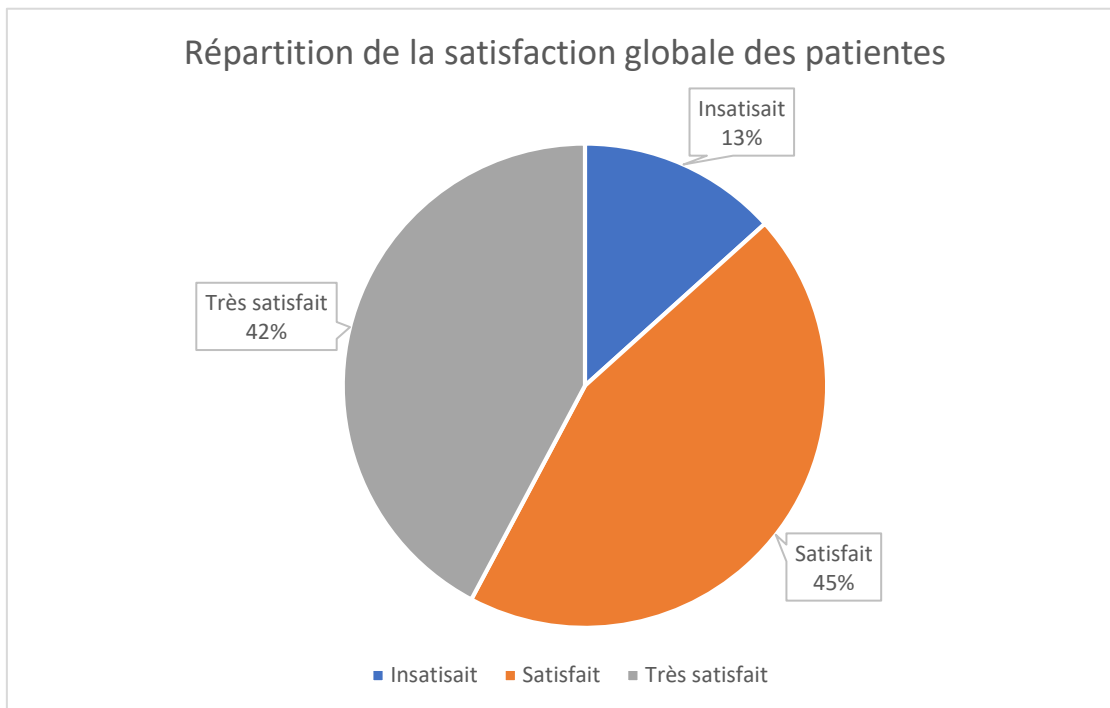


Figure 3 : Diagramme représentant la répartition de la satisfaction globale des patientes

Sur une échelle de 0 à 10, les notes que les patientes ont données allaient de 3 à 10. La médiane de la satisfaction globale était de $8 \pm 1,7$. On constatait que les patientes étaient majoritairement satisfaites de leur prise en charge (45%). 13% ont été insatisfaites et 42% étaient très satisfaites de celle-ci, tel que nous l'avions défini précédemment.

71,1% des patientes pourraient réitérer l'expérience de la VME à Port-Royal. 68,9% des femmes recommanderaient la VME à leurs proches.

2.2. Satisfaction selon les dimensions

	TAUX DE SATISFACTION MOYEN DE LA POPULATION N= 45 (%)
DIMENSION 1 : L'information	
<ul style="list-style-type: none"> A-t-on pris le temps de répondre à toutes vos questions concernant la VME ? 	45 (94,7)
TOTAL	94,7
DIMENSION 2 : Relations avec les soignants	
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous pu identifier les différents membres du personnel qui vous a pris en charge ? 	45 (90,7)
<ul style="list-style-type: none"> Les sages-femmes et les infirmières ont-elles été disponibles quand vous en aviez besoin ? 	45 (96,3)
<ul style="list-style-type: none"> A-t-on pris en compte vos inquiétudes, vos appréhensions ? 	45 (89,7)
TOTAL	92,3
DIMENSION 3 : Attitude des soignants	
<ul style="list-style-type: none"> A-t-on respecté votre intimité ? 	45 (96,7)
<ul style="list-style-type: none"> L'équipe médicale a-t-elle su communiquer de manière adaptée avec vous ? 	45 (89,7)
<ul style="list-style-type: none"> L'équipe a-t-elle pris en compte la présence de votre conjoint(e) ou la personne accompagnante dans la prise en charge ? 	37 (95)
TOTAL	93,8
DIMENSION 4 : Bien-être physique	
<ul style="list-style-type: none"> Vos inconforts ont-ils été pris en compte (nausées, vomissements, malaises, vertiges...) ? 	37 (91,7)
<ul style="list-style-type: none"> A-t-on pris en compte votre douleur ? 	43 (82,7)
TOTAL	88,7
DIMENSION 5 : Fonctionnement du service	
<ul style="list-style-type: none"> Le temps d'attente durant la journée a-t-il été satisfaisant ? 	45 (67,7)
<ul style="list-style-type: none"> Y avait-il une bonne coordination des équipes au sein du service ? 	45 (90)
<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous ressenti une bonne ambiance dans le service ? 	45 (94,7)
TOTAL	84

Tableau 2 : Taux de satisfaction moyen des patientes selon les dimensions et items

Le taux de satisfaction moyen a été calculé par le quotient établi entre le score moyen obtenu pour un item ou une dimension et le nombre de points maximum attribuable à cet item (soit 3) ou cette dimension, multiplié par 100. Nous n'avons aucune donnée

manquante car les patientes ont répondu à toutes les questions. Huit patientes n'étaient pas concernées par les items « L'équipe a-t-elle pris en compte la présence de votre conjoint(e) ou la personne accompagnante dans la prise en charge ? » ainsi que « Vos inconforts ont-ils été pris en compte ? ». Deux patientes ne se sentaient pas concernées par la question « A-t-on pris en compte votre douleur ? ». Nous ne les avons donc pas prises en compte dans le calcul de ce taux de satisfaction moyen.

Nous constatons dans ce deuxième tableau que l'item « A-t-on respecté votre intimité ? » était celui obtenant le taux de satisfaction le plus élevé (96,7%). Inversement, le temps d'attente est l'item qui a été le moins satisfaisant selon les patientes avec un taux de satisfaction à 67,7%. Concernant les dimensions, l'information délivrée par les professionnels était la plus satisfaisante (94,7%) et le fonctionnement du service le moins satisfaisant (84%).

3. L'information

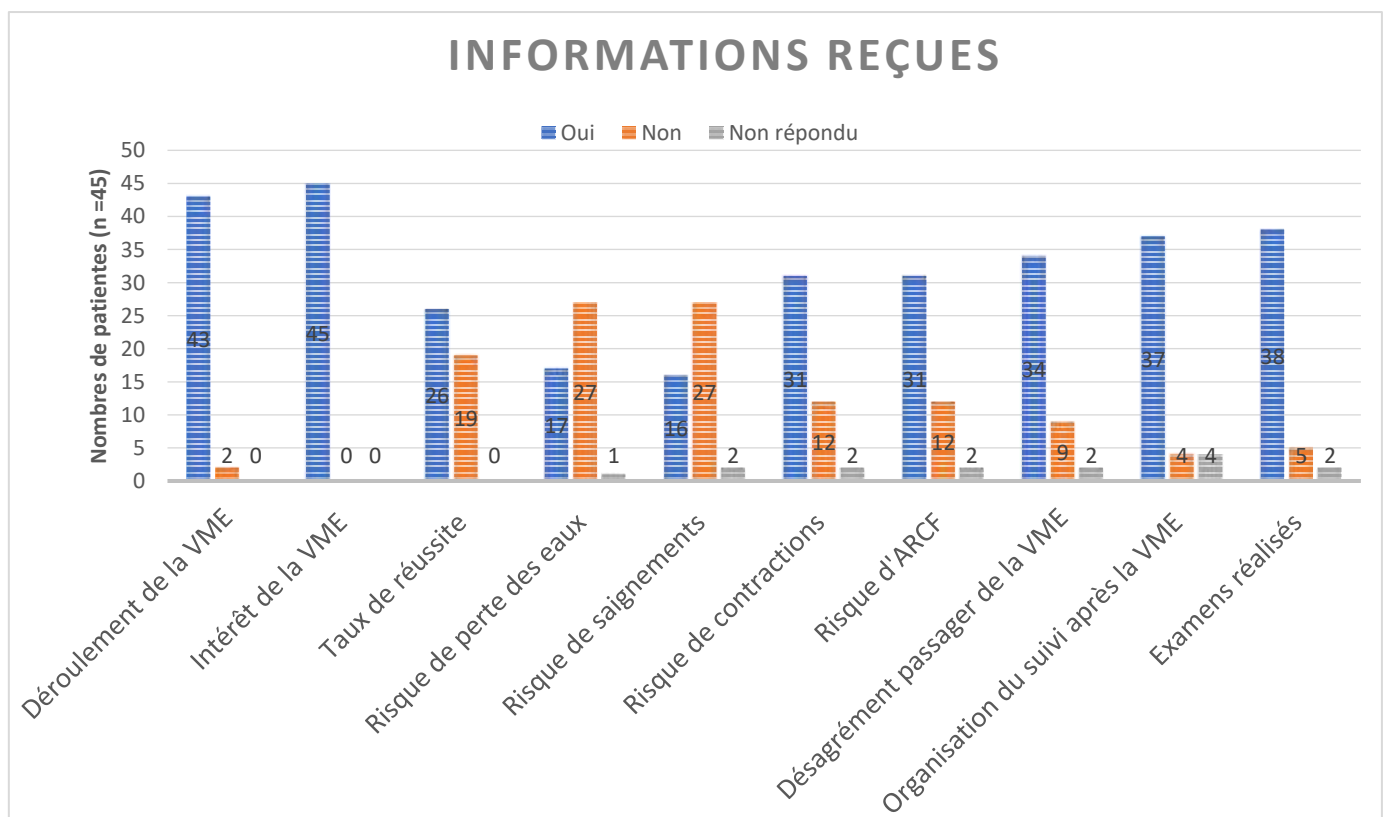


Figure 4 : L'information reçue par les patientes concernant la VME et leur prise en charge

Les patientes ont toutes été informées de l'intérêt d'une VME et pratiquement toutes du déroulement de la VME (95,6%). Les femmes étaient au courant du taux de réussite de la VME dans 57,8% des cas. Concernant les complications du geste, la majorité ne connaissait ni le risque de saignements (60%) ni de rupture des membranes (60%). En revanche, 68,9% des patientes étaient au courant des risques d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et de contractions. Les patientes ont été informées du désagrément passager du geste dans 75,6% des cas.

4. La douleur

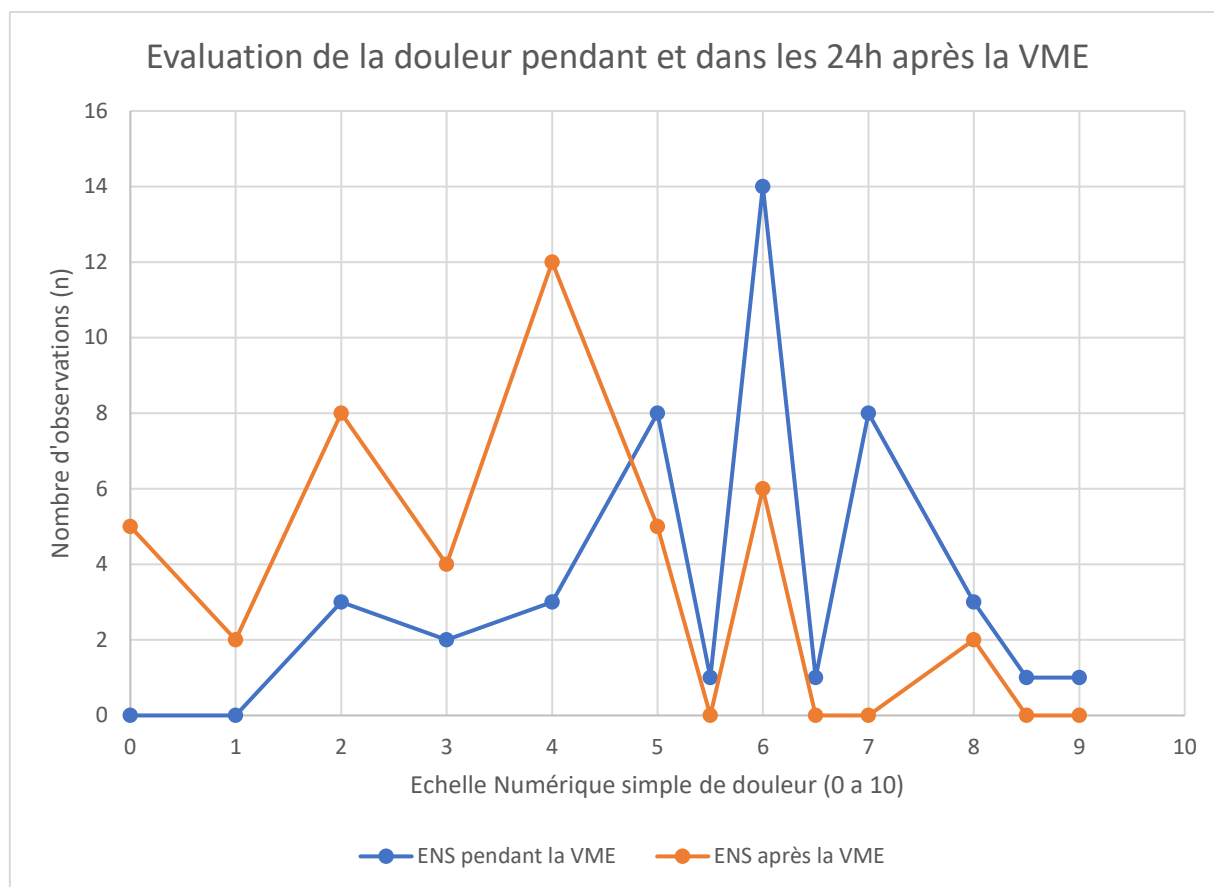


Figure 5 : Graphique représentant la douleur des patientes pendant et dans les 24 heures après la VME

Toutes les patientes ont ressenti de la douleur pendant la VME. Le score de douleur médian durant la VME était de $6 \pm 1,6$ [2-9] et celui dans les 24 heures après la VME était de $4,0 \pm 2$ [0-8]. 5 patientes (11,1%) n'ont ressenti aucune douleur après la VME.

	Total Médiane ± SD ou n (%)	Succès Médiane ± SD ou n (%)	Echec Médiane ± SD ou n (%)	p-value
ENS pendant la VME (/10)				
Médiane	6 ± 1,7	6 ± 1,5	6 ± 1,8	0,17
ENS dans les 24h après la VME (/10)				
Médiane	4,0 ± 2	3,0 ± 2	4,0 ± 2,1	0,93
Nécessité de soulager la douleur de la VME				
Oui	12 (26,7)	0	12 (35,3)	0,03
Non	32 (71,1)	11 (100)	21 (61,8)	
Ne sait pas	1 (2,2)	0	1 (2,9)	

Tableau 3 : La douleur des patientes et leur ressenti en fonction de l'issue de la VME

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'intensité de la douleur pendant ($p=0,17$) et après la VME ($p=0,93$) dans les 2 groupes « Succès » et « Echec ».

En revanche, pour la question concernant la nécessité de soulager la douleur de la VME, les patientes du groupe « Succès » avaient toutes répondu « Non » ($p=0,03$).

5. Les déterminants de la satisfaction

Aussi, en nous focalisant sur la satisfaction générale des patientes tout au long de leur « parcours » de VME, nous avons cherché à identifier l'impact de certains déterminants. Nous avons statué que si la satisfaction globale était strictement inférieure à 7, la patiente était considérée comme « insatisfaite ». Entre 7 et 8, les patientes étaient dites « satisfaites ». Entre 9 et 10, la patiente était dans le groupe « très satisfaite ».

5.1. Influence de l'issue de la VME sur la satisfaction

	Echec n (%)	Succès n (%)	p-value
Satisfaction globale (n=45)			
Insatisfaite (n=6)	5 (14,7)	1 (9,1)	0,89
Satisfaite (n=20)	14 (41,2)	6 (54,5)	
Très satisfaite (n=19)	15 (44,1)	4 (36,4)	
TOTAL	34	11	

Tableau 4: La satisfaction globale des patientes selon l'issue de leur VME

Le tableau 4 montrait qu'il n'existait pas de lien significatif entre l'issue de la VME et la satisfaction globale des patientes sur leur prise en charge ($p=0,89$).

5.2. Influence de la douleur sur la satisfaction

	Douleur faible (0-3) n (%)	Douleur modérée (4-7) n (%)	Douleur intense (> 7) n (%)	p-value
Satisfaction globale (n=45)				
Insatisfaite (n=6)	0	4 (11,4)	2 (40)	0,34
Satisfaite (n=20)	2 (40)	17 (48,6)	1 (20)	
Très satisfaite (n=19)	3 (60)	14 (40)	2 (40)	
Total	5	35	5	

Tableau 5 : La satisfaction globale des patientes selon leur douleur pendant la VME

D'après le tableau 5, il n'existait pas de lien significatif entre la douleur des patientes pendant la VME et leur satisfaction globale (p=0,34).

5.3. Influence de l'information donnée sur la satisfaction

	Bon niveau d'information (≥ 80%) n (%)	Mauvais niveau d'information (<80%) n (%)	p-value
Satisfaction globale (n=45)			
Insatisfaite (n=6)	1 (5)	5 (20)	0,02
Satisfaite (n=20)	6 (30)	14 (56)	
Très satisfaite (n=19)	13 (65)	6 (24)	
TOTAL	20	25	

Tableau 6 : La satisfaction globale des patientes selon l'information donnée

Un bon niveau d'information était défini comme une patiente ayant reçu au moins 80% des informations citées dans notre questionnaire. Dans ce dernier tableau, nous pouvons constater que près de la moitié des patientes ont reçu une bonne information (44,4%). Dans le groupe des patientes ayant reçu un bon niveau d'information, on observait 65% de patientes très satisfaites. ($p=0,02$)

6. L'avis des patientes

Les patientes ont été plus de la moitié (62,2%) à répondre à la question ouverte du questionnaire (*Annexe III*) concernant les propositions d'amélioration de leur prise en charge. Parmi elles, la moitié (53,6%) n'avait aucun conseil pour améliorer la prise en charge proposée.

Concernant les patientes ayant répondu, cinq d'entre elles ont évoqué le manque d'informations sur la durée d'hospitalisation. Ainsi, une patiente soutenait qu'elle aurait voulu qu'on lui « explique qu'il s'agissait d'une sorte d'hospitalisation qui allait prendre la journée entière ». Une autre patiente a suggéré de « raccourcir l'hospitalisation sur une demi-journée ou convoquer plus tôt le matin car il y avait trop de temps d'attente ».

Par ailleurs, deux patientes ne se sont pas senties actrices du choix de leur VME : une des deux disait qu'on ne lui avait pas « laissé le choix », qu'on l'avait « inscrite d'office » et qu'elle aurait préféré choisir en fonction de son cas (taux de réussite, quantité de liquide, position fœtale...) ; la seconde patiente estimait nécessaire de « prendre l'avis du couple » avant de décider d'une VME.

Deux patientes ont soulevé le problème d'identification des rôles de chaque professionnel et de « ne pas savoir à qui et quand l'on pourra poser ses questions », qui peut s'avérer être une source de stress supplémentaire pour elles.

Concernant le manque d'information, les femmes relevaient le pourcentage de réussite de la manœuvre, les risques de la VME et la douleur après la VME. Une patiente proposait de « parler de la VME durant les cours de préparation à la naissance ». Une autre aurait voulu « une documentation papier ou une présentation semblable au DPNI ».

Quatrième partie

Discussion

Notre étude a permis de montrer que les patientes étaient en majorité satisfaites de leur prise en charge durant la VME et que l'information délivrée à ce propos était un facteur semblant influencer leur satisfaction ($p=0,02$). Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre la douleur provoquée par la VME ($p=0,34$) et la satisfaction ni entre l'issue de la VME et la satisfaction des patientes ($p=0,89$). Nous allons maintenant discuter des résultats présentés dans la partie précédente en tenant compte des forces et des limites de cette enquête puis nous proposerons des axes d'amélioration.

1. Forces de l'étude

Notre étude a fait suite à plusieurs travaux de recherche ayant traité du sujet de la VME, souvent du point de vue de son efficacité et son innocuité, mais rarement celui des patientes. En cela, notre étude est innovante car il s'agit de la première étude à notre connaissance qui cherche à évaluer la satisfaction des patientes concernant la VME en tant qu'objectif principal. Cette étude s'inscrit dans une démarche de renforcement de la prise en compte du point de vue du patient, qui est l'une des priorités actuelles définies par la HAS en décembre 2018 (33). Nos résultats nous paraissent donc intéressants car ils apportent un nouvel éclairage sur le sujet.

L'étude ayant eu lieu sur un centre très protocolisé rend la prise en charge reproductible pour toutes les patientes de l'étude, ce qui limite sa validité externe mais lui procure une bonne validité interne.

Par ailleurs, les outils permettant l'évaluation de la satisfaction des patients sont très différents puisque chaque service a tendance à les développer en interne selon la manière de prendre en charge leurs patients. Ceci remet en cause la validité externe de ces résultats

et limite la comparaison entre les études. Bien que notre outil ne soit pas validé, il s'est basé sur des dimensions reconnues dans la littérature de la satisfaction et il nous a permis de mieux décrire ses aspects, en plus de la mesure de la satisfaction globale (34).

Le moment où est remis le questionnaire joue également son rôle. Il nous a semblé préférable d'éviter de recueillir leurs réponses le jour de la VME pour nous assurer que le temps nécessaire à une bonne information était suffisant, mais aussi pour pouvoir mieux quantifier leur douleur tout en évitant le biais de mémorisation. Les questionnaires étaient donc récupérés le lendemain de la version lors du monitoring de contrôle, à un moment où les patientes étaient au calme et à distance de la VME. Cela permettait de récupérer le questionnaire et diminuer le risque de perte d'effectif.

2. Limites de l'étude

La récupération des questionnaires en maternité ne s'est pas toujours révélée facile, les sages-femmes étant sollicitées par une activité importante. Ainsi, le taux de réponses à 3 mois s'est avéré plus faible que ce que nous avons espéré avec 25 questionnaires récupérés. C'est pourquoi nous avons repoussé la fin du recueil de questionnaires à début mars 2019 en sollicitant davantage les étudiantes sages-femmes en stage au CEF, lorsqu'elles étaient présentes, qui réussissaient à plus y penser. Nous avons également pensé à élargir notre étude à d'autres centres mais nous avons pensé que cela rendrait les conclusions de notre étude plus difficiles d'interprétation du fait de la variabilité des protocoles autour du geste dans les autres centres.

Etant donné la faible taille de l'échantillon exploité et le caractère unicentrique de notre étude, la validité statistique des résultats est limitée et ne traduit tout au plus que des tendances. De plus, notre échantillon d'étude n'étant pas représentatif de la population générale, l'extrapolabilité de nos résultats est donc limitée.

On peut également relever un biais lié au centre à notre étude : l'accouchement par voie basse pour les présentations du siège est proposé à Port-Royal sous certaines conditions, à l'instar d'autres maternités. Pour cela, nous pensons que ceci peut jouer sur le fait que les obstétriciens pratiquant la VME peuvent être moins insistants pour obtenir un succès de la manœuvre que dans d'autres maternités où une césarienne est systématique en cas d'échec de la VME.

Un biais de comportement n'est pas à exclure compte tenu du fait que les patientes étaient interrogées sur la satisfaction de leur prise en charge sur le lieu de soin. Celle-ci a pu de ce fait être surestimée dans la crainte des conséquences sur leur prise en charge future, bien qu'elles aient été assurées du respect de l'anonymat au préalable. (35) L'INSERM préconise pour cela d'envoyer les questionnaires de satisfaction à distance de l'hospitalisation (environ 15 jours après la sortie), notamment en raison d'une meilleure qualité de l'information recueillie (mécontentement plus souvent exprimé). Cependant, une évaluation de la satisfaction à distance implique l'envoi postal des questionnaires et/ou des appels téléphoniques, ce qui n'était pas envisageable dans le cadre de notre étude.

Il faut rappeler que 3 patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont volontairement été exclues. Pour cela, il persiste un biais de sélection.

3. Analyse et discussion des résultats

3.1. Caractéristiques de la population

L'âge médian des femmes de notre étude était de 32,5 ans. Celui-ci concorde avec l'étude de Le Bret et al. (17) qui avait été réalisée à Port-Royal en 2004, et qui rapportait une moyenne de 32,3 ans. Nous constatons toutefois que nous avons un taux plus élevé de primipares que dans leur étude : 62,2% versus 57,8%. Ceci peut s'expliquer par le nombre de femmes poursuivant leurs études qui ne cessent d'augmenter et qui remettent à plus tard

leur premier enfant. En effet, d'après l'Enquête Périnatale de 2016 (1), la part des femmes ayant suivi des études supérieures était de 55,4 %, alors qu'elles représentaient 80% dans notre étude. Aussi, la moyenne d'âge des primipares dans notre étude était de 33,2 ans.

Elles étaient 73,3 % de primipares à avoir eu des séances de PNP en région parisienne d'après l'Enquête Périnatale de 2016. Dans notre étude, nous avons 71,1% de patientes au total qui avaient assisté à des cours de PNP pendant leur grossesse dont 85,7% de primipares et 50% de multipares. Notre population d'étude est donc peu représentative de la population générale.

3.2. Objectif principal : Evaluer la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une VME

Pour rappel, nous avons retrouvé dans notre étude 42% de patientes très satisfaites, 45% de patientes satisfaites et 13% de patientes insatisfaites. Dans leur ensemble, les femmes interrogées ont donc exprimé un avis positif sur les différentes étapes de leur prise en charge. Dans toutes spécialités confondues, et notamment en obstétrique, les résultats en matière de satisfaction sont souvent comparables à ceux de notre étude. (36) Cependant, de rares études similaires s'intéressent à la satisfaction des patientes sur notre sujet. Dans une étude tchèque évaluant l'expérience de 187 patientes concernant la VME, la satisfaction globale mesurée sur une échelle de 0 (Totalement insatisfait) à 5 (Très satisfait) retrouvait 89.8% de notes entre 4 et 5. (37) Bogner et al. s'étaient intéressés à la satisfaction des patientes après leur accouchement selon qu'elles aient bénéficié d'une version ou pas. Il en a conclu qu'elles étaient plus satisfaites quand la version était tentée, même en cas d'échec, que celles qui ont eu une césarienne programmée sans tentative de version. (38)

Toutefois, il faut nuancer nos résultats par le fait que certaines études montrent que l'insatisfaction des patientes ne se manifeste que lorsque des événements très négatifs se sont produits (39). Une réponse positive ne doit donc pas être interprétée comme si les soins

prodigués étaient à la hauteur de leurs espérances, mais plutôt que quelque chose de considérablement mauvais ne s'est pas produit. C'est pourquoi il aurait été intéressant d'avoir la réponse des 3 patientes exclues volontairement de notre étude pour voir si leur satisfaction en était influencée.

Peu d'études ont cherché les dimensions qui paraissaient les plus corrélées à la satisfaction des femmes enceintes. Par exemple, des dimensions comme la relation soignant/soigné, l'information donnée, la participation à la prise de décision, la prise en charge de la douleur et le lieu de l'accouchement sont des dimensions influençant la satisfaction des femmes à l'accouchement dans la littérature. (31) Notre étude était la première à évaluer des dimensions de la satisfaction dans le cadre de la VME. Nous avons de ce fait parcouru la littérature pour trouver les dimensions et items qui correspondaient le mieux à la prise en charge à la maternité Port-Royal.

Dans notre étude, l'intimité des patientes a été respecté pour 96,7% d'entre elles, ce qui en fait l'élément le plus satisfaisant de la prise en charge. Chaque personne peut définir l'intimité comme il l'entend car il s'agit de ce que l'on veut préserver du regard d'autrui. Dans notre étude, l'intimité était abordée dans le sens du respect de la pudeur et de la dignité de la patiente. Cette forte satisfaction s'explique sûrement par le fait que lors de la VME, on ne découvre que l'abdomen de la femme, qui est nécessaire pour le geste. Les patientes ne sont pas, comme en salle de naissance ou aux urgences obstétricales, confrontées à des situations et examens plus intrusifs.

Le temps d'attente dans la journée a été rapporté comme l'élément le moins satisfaisant dans notre étude, considéré comme trop important pour les patientes. Les patientes ont rendez-vous à 11 heures pour que leur VME ait lieu vers 13-14 heures, horaire qui peut varier selon la disponibilité de la salle de bloc du DAN. Par la suite, en cas d'échec, elles ont rendez-vous à l'hôpital Cochin pour la réalisation d'une radiopelvimétrie qui se fait directement après leur monitoring post-VME. Cela revient en moyenne à une journée

d'hospitalisation. Ce constat avait déjà été fait dans d'autres études, et notamment dans une étude réalisée par Anderson (40), qui montraient qu'un temps d'attente excessif était la cause principale de l'insatisfaction des patients. Il semble donc important d'informer au préalable les femmes de la durée moyenne de la journée.

En octobre 2018, l'enquête OpinionWay (41) décrivait les résultats d'un sondage sur les attentes des Françaises concernant leur grossesse. Il semblait que pour les femmes enceintes, il ne s'agissait pas seulement de compétences médicales, mais également de vraies relations humaines. Elles attendent des médecins qu'ils soient patients, à l'écoute et présents. C'est le cas dans notre étude, puisque d'après les patientes, l'équipe soignante était disponible quand il le fallait et a su répondre aux questions des patientes dans la majorité des cas avec des taux de satisfaction moyens respectifs de 96,3% et 94,7%. La première dimension de notre questionnaire qui était l'information donnée affiche le taux de satisfaction le plus élevé. Cependant, ce résultat peut être biaisé par le fait que la dimension ne contenait qu'un item.

Huit patientes (17,7%) n'étaient pas concernées par les items « L'équipe a-t-elle pris en compte la présence de votre conjoint(e) ou la personne accompagnante dans la prise en charge ? » et « Vos inconforts ont-ils été pris en compte (nausées, vomissements, malaises, vertiges...) ? ». Deux personnes n'étaient pas concernées par l'item sur la prise en charge de la douleur. Toutefois, le nombre de non concernées par ces 3 questions restent en dessous du seuil des 20% (seuil déterminé par l'Echelle de Qualité des Soins) ; ces items restent donc pertinents dans nos dimensions de la satisfaction.

La recommandation aux proches est une question importante dans l'évaluation de la satisfaction. Recommander ou non la VME à des proches peut paraître singulier étant donné qu'on ne voudrait pas qu'ils aient besoin de ce service. (42) Cependant, il est vrai que les personnes s'échangent beaucoup leurs expériences vécues à l'hôpital, de manière négative ou positive. On le voit dans notre étude où 17% des patientes ont eu connaissance de la

version via leur entourage. Cela constitue une forme de bouche à oreille qui est à la base d'une technique employée en marketing pour fidéliser les clients mais qui est également souvent reprise dans la mesure de la satisfaction des usagers hospitaliers. Dans notre étude, 71,1% des patientes ont répondu qu'elles pouvaient réitérer l'expérience de la VME à Port-Royal, ce qui est en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature. En effet, Watts et al. (29) rapportaient dans leur étude qualitative que malgré le vécu douloureux et l'anxiété des patientes, la majorité réitérerait l'expérience ou la recommanderait à des proches. Une étude tchèque montrait de la même manière que 89.3% des patientes pourraient la retenter et la recommander aux proches. (37)

3.3. 2^{ème} objectif : Identifier des déterminants de la satisfaction des patientes

3.3.1. L'issue de la VME

En ce qui concerne le taux de réussite retrouvé dans notre étude, il se situe en-dessous des résultats de la littérature française et internationale. La méta-analyse de Zhang réalisée à partir de 25 études américaines en 1993 présentait un taux de réussite à 65 % avec des extrêmes allant de 48 à 77 %. (16) La dernière revue de la Cochrane publiée en 2015 à ce sujet situait ce chiffre entre 39 et 65 %. (9)

En 2011, une maternité lyonnaise de niveau 3 réalisait un audit sur 78 VME qui retrouvait un taux de réussite similaire à notre population d'étude (24,4%). Ils expliquaient cela par une méthode de tocolyse probablement inadaptée. Ils administraient un suppositoire de salbutamol 15 à 30 minutes avant le geste (43) alors que la ritodrine en intraveineux était associée à de meilleurs taux de versions réussies dans les études. En 2012, la Cochrane montrait que les bêtamimétiques administrés par voie parentérale avant la VME augmentaient le nombre de présentations céphaliques à l'accouchement et réduisaient le nombre de césariennes. Toutefois, les données concernant les effets indésirables sur la mère et son enfant étaient insuffisants. (44)

Il y a 15 ans, l'équipe de la maternité Port-Royal reportait 50,6% de versions réussies sur 237 cas de VME dans une étude où ils administraient également du salbutamol par voie rectale aux patientes. (17) Le protocole a changé par la suite. L'absence d'administration de tocolytique préalable au geste pourrait être une explication de ce taux de réussite diminué, bien qu'une étude avant/après à Port-Royal ou un essai contrôlé de plus grande envergure soit nécessaire pour le confirmer.

On remarquera également que notre population est constituée d'une part importante de primipares (62,2%), ce qui diffère des études précédemment citées et peut influencer sur la réussite de la VME, la parité étant un facteur prédictif de l'issue de la VME. (45) Une différence de parité dans les groupes « Succès » et « Echec » a d'ailleurs été retrouvée dans notre étude.

Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'issue de la VME et la satisfaction des patientes dans notre étude contrairement aux résultats retrouvés dans la littérature. En Allemagne, Bogner et al. avaient retrouvé une différence de satisfaction à l'accouchement entre les patientes ayant eu une version réussie et celles ayant échoué. (38) Une étude néerlandaise en 2010 montrait que 94% des femmes dont la version avait réussi ont évalué la procédure comme une bonne expérience comparé à 71% des patientes du groupe « Echec » ($p = 0.015$). (46)

3.3.2. La douleur

Les résultats d'autres travaux concordent avec le score médian de douleur pendant la VME retrouvé dans notre étude qui était de 6. Fok et al. ont montré qu'une VME sans analgésie était associée à un degré de douleur modéré. La douleur était mesurée de la même manière que dans notre étude sur 97 femmes. Ils retrouvaient une médiane de douleur à 5,7 sur une échelle de 0 à 10. Ils en ont conclu que la douleur était bien tolérée par les parturientes en raison de sa courte durée (47). Une patiente nous avait partagé dans son questionnaire que « la douleur n'était gênante qu'au bout de la troisième tentative » et qu'il n'y avait donc « pas besoin de soulager la douleur ». Le nombre de tentatives de version et la difficulté de la procédure pourraient donc influencer sur la douleur des patientes. Il aurait été intéressant de se renseigner sur ces éléments dans notre étude. En pratique, à Port-Royal, une deuxième tentative est exceptionnellement réalisée étant donné que l'on propose à la patiente de réaliser une radiopelvimétrie et une échographie fœtale pour pouvoir accorder

une voie basse en cas d'échec de la VME. De ce fait, on peut penser que les obstétriciens s'obstinent peut-être moins à la réussite de celle-ci.

Dans la littérature, l'échec de VME était retrouvé comme un facteur de perception de la douleur plus importante (48). Une étude expliquait cela soit par l'utérus moins tonique d'une multipare car les nullipares cotaient leur douleur de manière plus importante durant le geste, soit psychologiquement (48). Ceci va dans le sens de notre étude. En effet, même si elles étaient 71,1% à affirmer ne pas avoir besoin de soulager cette douleur, on notait une différence significative de réponse entre les femmes dont la VME avait réussi et celles ayant échoué ($p=0,03$). La douleur des femmes est subjective et peut avoir plusieurs origines : leur ressenti individuel, une tension provoquée par une situation exceptionnelle ou encore la peur de l'inconnu. La douleur pendant la VME est donc très variable d'une femme à l'autre mais il est important de la prendre en compte dans cette situation.

Certaines études ont évalué les bénéfices à pratiquer la VME sous anesthésie péridurale (APD). Il est vrai qu'elle réduit significativement la douleur et augmente son taux de succès (49), mais le risque anesthésique reste relativement élevé comparativement à la durée de l'intervention. De plus, le ressenti de la patiente est important pour guider la manœuvre. C'est pourquoi la péridurale n'est pas recommandée d'utilisation pour la VME. (50) A Port-Royal, elle peut être réalisée de manière exceptionnelle : à titre d'exemple, les multipares ayant un fœtus en présentation transverse à terme peuvent dans certains cas bénéficier d'une APD avant leur VME si elle est suivie d'un déclenchement par la suite.

Notre étude était à notre connaissance la première à évaluer la douleur après la VME. Seulement 11,1 % des patientes n'avaient ressenti aucune douleur dans les 24 heures après la VME. Malheureusement, la localisation de la douleur n'a pas été précisée dans notre questionnaire. On peut imaginer que ces douleurs étaient soit liées à des contractions provoquées par la version, soit des douleurs ligamentaires du fait du changement de la

position fœtale ou encore des douleurs abdominales à l'endroit où les appuis manuels prolongés de l'opérateur ont été exercés.

3.3.3. L'information

Il est apparu dans notre étude que la moitié des patientes avait des notions concernant la VME avant qu'on ne la leur propose à l'hôpital. Après l'annonce à l'hôpital, nous avons remarqué que beaucoup d'entre elles étaient en quête de renseignements supplémentaires ou de témoignages. C'est ce qui a été décrit dans l'étude de Watts et al. (29) dans laquelle les femmes disaient qu'elles découvraient souvent des avis négatifs de cette manière. On remarque néanmoins que 9% des femmes en avaient déjà entendu parler en cours de PNP. Il faudrait profiter de ces séances, plus propices à une information claire et objective de la part d'un professionnel de santé pour éviter une information de l'entourage non fondée sur des preuves scientifiques mais plutôt sur des expériences subjectives.

Dans l'étude de Watts et al., la plupart des patientes considéraient avoir reçu une information insuffisante concernant les avantages et inconvénients de cette manœuvre. (29) Ceci rejoint les résultats de notre étude. En effet, on constate que seulement 57,8% des femmes connaissaient le taux de réussite de la version mais il convient de nuancer ce résultat en rappelant le possible biais de mémorisation lié à cette étude. La majorité des patientes (60%) ne savaient pas que les saignements et la rupture des membranes étaient des effets indésirables potentiels de la VME. Une hypothèse serait que les professionnels omettent de le dire étant donné la rareté de ces complications et leur caractère anxiogène. En effet, la méconnaissance du patient à l'égard de certaines informations traduirait la mesure globale de ce que le soignant ne peut ou ne veut pas dire et de ce que le patient ne peut ou ne veut pas entendre (51). Sur le plan légal, l'arrêt de la Cour de Cassation du 7 octobre 1998 statue que le professionnel de santé n'est pas dispensé de l'obligation d'information du seul fait

que le risque est exceptionnel, hormis dans les cas d'urgence ou dans les cas où la personne est dans l'impossibilité d'être informée. (52)

En France, des moyens ont été mis en œuvre pour mener le patient à détenir les renseignements les plus exhaustifs et clairs possibles concernant la VME. Une fiche d'information à destination des patientes (Annexe IV) a été publiée par le CNGOF en 1999 et révisée en 2017. Cette fiche d'information, comme indiqué sur leur site, a été « conçue de manière aussi universelle que possible pour être utilisable quelle que soit la technique employée ». (32) Certains hôpitaux l'ont repris à leur manière pour en faire une fiche d'information comme l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière (53).

Sur le site internet de la maternité de Port-Royal en accès libre pour les patientes, une note d'information sur les VME est également disponible (Annexe V). (33) Sa facilité d'accès reste néanmoins discutable.

3.4. 3^{ème} objectif : Explorer les besoins et attentes des patientes

Afin de mieux cerner les causes d'insatisfaction et établir des pistes d'amélioration, notre dernière question attendait des commentaires de la part des patientes qui pouvaient enfin s'exprimer librement. Celle-ci a eu l'effet escompté avec un nombre important de répondantes (62,2%). Nous avons constaté que pour certaines patientes, accepter la VME n'était pas une décision simple à porter pour elles. En 2013, Watts et al. (29) publiait une étude qualitative à propos d'expériences passées de VME en interrogeant 22 femmes ayant accouché 3 ans auparavant. Un thème ressorti était celui du choix difficile à faire entre les différents types de prise en charge proposés par l'équipe médicale. Les patientes auraient donc besoin d'une information plus individualisée pour soutenir leur choix dans la prise en charge d'un fœtus en siège.

Grâce aux recherches, on connaît quelques facteurs probablement associés au succès d'une version. Des études ont essayé de formuler des modèles de prédiction de réussite à

partir de ces facteurs pour donner une information adaptée à chaque femme. (54) Le problème est qu'un calcul de probabilité de succès pourrait décourager certaines femmes d'opter pour la version et par conséquent leur faire manquer une chance de positionner leur enfant en présentation céphalique. (54) De plus, aucun de ces modèles n'a été validé pour être utilisé en pratique.

En 2007, dans une étude australienne, Nassar et al. évaluait un moyen d'aide à la décision pour les femmes dont le fœtus était en siège. Deux groupes de femmes ont été constitués : un groupe qui recevait les informations usuelles de prise en charge et un autre groupe auquel on délivrait un enregistrement audio et un carnet d'information décrivant les différents types de prise en charge et exposant des cas concrets de patientes qui avaient eu à faire un choix. 95,7% des femmes qui avaient reçu cet outil estimaient avoir eu assez d'informations pour prendre une décision. Elles exprimaient également une satisfaction plus importante vis-à-vis de leur décision que dans le premier groupe. (55)

4. Implications et perspectives

Une fiche d'information :

La HAS a publié en avril 2005 des recommandations concernant l'information donnée aux femmes enceintes. Il est préconisé de consacrer du temps à l'information de la femme enceinte et du couple. Elle peut être réalisée par 2 méthodes : donner une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles et la compléter, si possible, avec des documents écrits fiables (56).

Ainsi, nous pensons que chaque hôpital pratiquant la VME devrait délivrer une note d'information à leurs patientes et y indiquer leur propre taux de réussite car il reste variable dans chaque centre. Il faudrait également rassurer les patientes sur la douleur qui doit leur être décrite comme soutenable dans la plupart des cas. Enfin, une explication du déroulement de la journée semble indiquée dans notre cas pour que les patientes comprennent bien qu'il s'agisse d'une journée d'hospitalisation.

Nous avons donc réalisé une fiche d'information (*Annexe VI*) destinée aux patientes de la maternité Port-Royal qui pourrait être délivrée au moment du diagnostic du siège ou de la programmation de la version. Pour celles ne l'ayant pas eu à ce moment-là, elles pourraient la recevoir le jour même de la VME en hôpital de jour.

Toutefois, si un support écrit n'est pas disponible, il est important d'indiquer à la patiente les sources d'informations supplémentaires.

L'hypnose :

La VME reste tout de même une intervention angoissante pour les patientes. Dans notre étude, certaines d'entre elles nous ont fait part du stress ressenti et lié à l'appréhension de la manœuvre. Leur proposer l'hypnose pendant le geste pourrait être un moyen de diminuer leur anxiété et augmenter leur confort durant la VME en favorisant la relaxation de la patiente. Toutefois, d'autres études sont nécessaires pour évaluer son efficacité sur la diminution de la douleur et sur la réussite de la VME. (44)

La mise en place de ce protocole nécessiterait la mise en place de formations auprès des différents intervenants de la VME à savoir les sages-femmes, les obstétriciens ainsi que les anesthésistes.

Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) :

Une étude nantaise (57) a été réalisée en 2016 sur l'apport du MEOPA dans la réalisation d'une VME. 150 patientes étaient randomisées dans deux groupes : l'un où l'on administrait le MEOPA et l'autre où les patientes recevaient de l'air médical seul. Il n'y avait pas de différence de satisfaction après la VME entre les 2 groupes ni de différence d'intensité de douleur. Cependant, on notait un taux de réussite plus élevé chez les multipares dans le groupe MEOPA ($p=0,048$). D'autres études sur ce sujet seraient intéressantes à mettre en place à plus grande échelle.

Conclusion

Cette étude nous aura montré que la version, bien qu'elle amène à des expériences et des issues différentes, satisfait la majorité des patientes et cela notamment grâce à leur prise en charge perçue comme étant de qualité. Nous sommes arrivés à cerner quelques aspects de la satisfaction chez les patientes ayant bénéficié d'une VME à la maternité Port-Royal et à formuler des pistes qui devront être confirmées par d'autres études intégrant des effectifs plus importants. L'efficacité technique de la version par manœuvres externes ainsi que sa recommandation par les patientes sont deux arguments pour la proposer à toutes les femmes lorsqu'il y a une indication. Cependant, il faut veiller à une bonne information au préalable afin d'éviter des attentes trop importantes de la part des patientes à l'égard de la VME, ou au contraire une méfiance infondée. Pour pallier à cela, une feuille d'information pourrait être mise en place dans tous les centres qui proposent la VME. Pour valider les résultats de cette étude, il serait intéressant de comparer la satisfaction des femmes dans deux centres différents en termes de prise en charge de la douleur et de l'anxiété, de délivrance de l'information ou encore de taux de réussite.

Bibliographie

1. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. 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. *The Lancet*. 21 oct 2000;356(9239):1375-83.
3. Lansac J, Crenn-Hebert C, Rivière O, Vendittelli F. How singleton breech babies at term are born in France: a survey of data from the AUDIPOG network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 mai 2015;188:79-82.
4. Goffinet F, Blondel B, Bréart G. [Breach presentation: questions raised by the controlled trial by Hannah et al. on systematic use of cesarean section for breach presentations]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. avr 2001;30(2):187-90.
5. Hauth JC, Cunningham FG. Vaginal breech delivery is still justified. *Obstet Gynecol*. juin 2002;99(6):1115-6.
6. van Roosmalen J, Rosendaal F. There is still room for disagreement about vaginal delivery of breech infants at term. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. sept 2002;109(9):967-9.
7. 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*. 1 avr 2006;194(4):1002-11.
8. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. juin 2002;109(6):618-23.
9. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4).
10. Coco AS, Silverman SD. External Cephalic Version. *Am Fam Physician*. 1 sept 1998;58(3):731.
11. Pinard A (1844-1934) A du texte. *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes / par A. Pinard ; préface de M. le professeur Pajot* [Internet]. 1878 [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55162446>
12. Cox SM. ACOG practice bulletin External cephalic version. *Int J Gynecol Obstet*. 1 févr 2001;72(2):198-204.

13. Goffinet F. Chapitre 27 - Versions par manœuvre externe. In: Lansac J, Descamps P, Goffinet F, éditeurs. *Pratique de L'accouchement (Sixième Édition)*. Paris: Content Repository Only!; 2017. p. 331-5.
14. Lede R. External cephalic version for the management of breech presentation: Commentaire de la BSG (dernière révision : 13 March 2006) [Internet]. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS: Organisation Mondiale de la Santé; 2008 févr [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://extranet.who.int/rhl/node/76422>
15. McParland P, Farine D. External cephalic version. Does it have a role in modern obstetric practice? *Can Fam Physician*. avr 1996;42:693-8.
16. Zhang J, Bowes WA, Fortney JA. Efficacy of external cephalic version: a review. *Obstet Gynecol*. août 1993;82(2):306-12.
17. Le Bret T, Grangé G, Goffinet F, Cabrol D. Version par manœuvre externe: Expérience à la maternité Port-Royal à partir de 237 versions. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 juin 2004;33(4):297-303.
18. Dochez V, Delbos L, Esbelin J, Volteau C, Winer N, Sentilhes L. Facteurs prédictifs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude bicentrique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 mai 2016;45(5):509-15.
19. Papp S, Dhaliwal G, Davies G, Borschneck D. Fetal femur fracture and external cephalic version. *Obstet Gynecol*. nov 2004;104(5 Pt 2):1154-6.
20. Nassar N, Roberts CL, Barratt A, Bell JC, Olive EC, Peat B. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. *Paediatr Perinat Epidemiol*. mars 2006;20(2):163-71.
21. Vanhamme J. La surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs: Le cas de l'expérience de consommation/achat. Presses univ. de Louvain; 2002. 546 p.
22. Ray D. Mesurer et développer la satisfaction clients. Editions d'Organisation; 2001. 416 p. (IQM).
23. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):185-210.
24. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):247-63.
25. Roemer M, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p. 1988.
26. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

27. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
28. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1982. déc 1997;45(12):1829-43.
29. Watts NP, Petrovska K, Bisits A, Catling C, Homer CSE. This baby is not for turning: Women's experiences of attempted external cephalic version. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 août 2016;16:248.
30. Pichon M, Guittier M-J, Irion O, Boulvain M. Version céphalique externe en cas de siège persistant à terme : motivations et vécu de l'intervention par les femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 juill 2013;41(7):427-32.
31. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 mai 2013;13:108.
32. Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 juill 2014;42(7-8):477-82.
33. Haute Autorité de Santé - Satisfaction des patients à l'hôpital et en clinique : la HAS publie les résultats 2017 [Internet]. 2017 [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017
34. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 1999;11(6):507-16.
35. Mesure de l'expérience du patient Analyse des initiatives internationales [Internet]. INSERM; 2011 avr [cité 22 avr 2019] p. 43. Disponible sur: <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/Rapport-experience-patientVF.pdf>
36. Branger B, Coz FL, Gillard P, Merot E, Winer N, Pays-de-la-Loire M de la commission des usagers du R« SN-N ensemble » des. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire. /data/revues/03682315/v43i5/S0368231513000872/ [Internet]. 5 mai 2014 [cité 2 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/891965>
37. Wágnerová K, Hruban L, Janků P. External cephalic version after 36th week of gestation Analysis of women's perspective. *Ceska Gynekol*. Fall 2017;82(5):355-61.
38. Bogner G, Hammer BE, Schausberger C, Fischer T, Reisenberger K, Jacobs V. Patient satisfaction with childbirth after external cephalic version. *Arch Gynecol Obstet*. 1 mars 2014;289(3):523-31.

39. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med.* 1 févr 1994;38(4):509-16.
40. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res.* déc 2007;7(1):31.
41. Comment les Françaises vivent-elles leur maternité ? [Internet]. IFOP. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/comment-les-francaises-vivent-elles-leur-maternite/>
42. Krol MW, de Boer D, Delnoij DM, Rademakers JJDJM. The Net Promoter Score – an asset to patient experience surveys? *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* déc 2015;18(6):3099-109.
43. Roux-Chevalier M, Gaucherand P, Cluze C. La version par manœuvre externe : audit sur un an dans une maternité de niveau 3. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 juin 2011;39(6):346-50.
44. Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GM, Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 janv 2012;1:CD000184.
45. Faron G, Vokaer A. Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 sept 2008;37(5):493-8.
46. Rijnders M, Offerhaus P, Dommelen PV, Wiegers T, Buitendijk S. Prevalence, Outcome, and Women's Experiences of External Cephalic Version in a Low-Risk Population. *Birth.* 2010;37(2):124-33.
47. Fok WY, Chan LW, Leung TY, Lau TK. Maternal experience of pain during external cephalic version at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1 août 2005;84(8):748-51.
48. Determinants of pain perception after external cephalic version in pregnant women. *Midwifery.* 1 mars 2014;30(3):e102-7.
49. Goetzinger KR, Harper LM, Tuuli MG, Macones GA, Colditz GA. Effect of regional anesthesia on the success rate of external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* nov 2011;118(5):1137-44.
50. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2005;34(5):513.
51. Martin T, Quiviger P-Y. Action médicale et confiance. Presses Univ. Franche-Comté; 2007. 370 p.
52. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267, Publié au bulletin [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007038718>

53. Marc D. Fiche d'information destinée aux femmes enceintes - La version par manoeuvres externes [Internet]. GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique; 2012. Disponible sur: <http://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2015/11/Info-02-VME-et-si%C3%A8ge-20120810.pdf>
54. Velzel J, Schuit E, Vlemmix F, Molkenboer JFM, Van der Post JAM, Mol BW, et al. Development and internal validation of a clinical prediction model for external cephalic version. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 sept 2018;228:137-42.
55. Nassar N, Roberts C, Raynes-Greenow C, Barratt A, Peat B. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. *Bjog.* mars 2007;114(3):325-33.
56. Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
57. Berthome E. Apport d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) dans la réalisation d'une version par manoeuvre externe. 24 nov 2016;31.

Annexes

Annexe 1 : Le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)

DIMENSIONS	DEFINITIONS	ITEMS CONTENUS
Relations humaines	Caractéristiques du séjour pour lesquelles les professionnels interagissent avec les patients	La gentillesse, la politesse, la patience, la sincérité, le manque de respect, la brutalité...
Qualité technique des soins	Compétence des professionnels de santé	Application d'un niveau élevé de diagnostic et de traitement, la pertinence, le risque, l'erreur, l'expérience, la formation, les explications données aux patients et aux proches ...
Accessibilité et commodités	Facteurs impliqués dans l'accès aux soins	Le délai et l'effort nécessaire pour obtenir un rendez-vous, durée en salle d'attente, facilité d'accès géographique aux soins...
Aspect économique	Facteurs liés au paiement des soins	Le coût, la possibilité de tiers payant, la couverture complémentaire
Efficacité des soins	Utilité de l'aide apportée par les professionnels de santé et des traitements spécifiques pour maintenir ou améliorer l'état de santé	Perception d'une amélioration de l'état de santé liée aux soins
Continuité des soins	Permanence des soins dans un même établissement ou par un même professionnel de santé	Revoir le même médecin à chaque visite
Environnement physique	Caractéristiques physiques du lieu où le soin est donné	L'équipement, l'atmosphère, la clarté des indications, la propreté, le calme...
Disponibilité	Ressources médicales existantes dans la région ainsi que la	Assez d'hôpitaux, de professionnels

	disponibilité des professionnels de santé	
--	--	--

Annexe 2 : Version courte de l'Echelle de Qualité des Soins (EQS)

Tableau I - Description des items de l'EQS.

	Réponses (%)			
	Tout à fait	Pas du tout	Non concerné	Manquante
Informations sur mon état de santé et mes soins				
J'ai obtenu des informations très claires sur :				
mes symptômes INFO2	64,9	4,2	5,1	0,9
la raison pour laquelle je passais des examens INFO3	71,6	4,2	6,0	1,1
les résultats de mes examens INFO5	53,6	9,6	7,1	1,4
l'objectif des traitements INFO6	64,9	5,6	6,7	1,1
les effets indésirables possibles des traitements INFO9	38,4	20,5	11,4	1,1
Relations avec les soignants et fonctionnement du service				
Les médecins ont répondu à toutes mes questions RELA1	74,6	1,3	5,1	0,0
J'ai pu identifier le médecin responsable de moi RELA4	63,2	12,1	2,0	0,4
J'ai vu une infirmière aussi souvent que je le souhaitais RELA6	87,1	1,3	1,4	0,0
Il y avait une excellente organisation dans le service RELA7	71,9	2,7	3,4	0,4
L'ambiance dans le service était très bonne RELA8	84,1	0,7	2,2	0,4
Attitude des soignants				
On a respecté mon intimité ATTITU1	89,1	0,5	0,9	0,0
Les infirmières étaient très disponibles pour moi ATTITU3	82,2	0,5	1,1	0,0
J'ai été très perturbé par les propos tenus par les médecins pendant la visite ATTITU5	5,6	68,1	14,1	0,5
Il est arrivé aux soignants de parler entre eux comme si je n'étais pas là ATTITU6	10,5	58,3	9,2	0,2
Bien-être				
On a fait le maximum pour soulager ma douleur BIENET1	82,6	0,7	7,6	0,2
Pour mes gestes quotidiens, on a fait le maximum pour m'aider BIENET2	79,3	0,9	8,2	0,7
On a fait le maximum lorsque j'étais angoissé, triste, inquiet BIENET3	60,1	2,0	23,0	0,5
Pour prendre mes repas, j'ai obtenu une aide très adaptée BIENET4	38,8	1,6	48,6	0,5
Pour me laver, j'ai obtenu une aide très adaptée BIENET5	53,1	2,0	33,9	0,4
Pour faire mes besoins, j'ai obtenu une aide très adaptée BIENET6	51,6	1,4	38,0	0,4
Informations à la sortie				
J'ai obtenu des explications très claires sur les symptômes qui doivent m'alerter à l'avenir SORTIE1	44,7	16,7	15,4	0,2
J'ai obtenu des explications très claires sur les activités que je pourrai reprendre après ma sortie SORTIE3	40,4	18,8	18,1	1,1
J'ai reçu des informations très claires sur mon suivi médical après ma sortie SORTIE4	57,8	13,4	8,9	0,7
On a tenu compte de mon avis pour organiser ma sortie SORTIE5	64,3	9,6	9,1	0,7
Information de mon entourage				
Les médecins ont demandé mon avis avant d'informer mes proches sur mon état de santé PROCHES1	22,1	23,2	46,6	1,3
Mes proches ont obtenu des informations claires et compréhensibles sur mon état de santé PROCHES2	51,3	7,4	33,3	1,3

Annexe 3 : Questionnaire délivrée aux patientes

Bonjour Madame,





Je suis Nadia SAHAL, étudiante sage-femme en 5^{ème} année.

Sous la guidance du Dr. LAURENT, chef de clinique assistante à la maternité de Port-Royal, j'effectue mon mémoire de fin d'études sur l'évaluation de la satisfaction des femmes au sujet de leur prise en charge pour une **Version par Manœuvres Externes (VME)**.

Dans le but d'évaluer votre expérience à la maternité de Port-Royal, j'ai besoin de votre participation en répondant à ce questionnaire qui restera **anonyme**. Remplir ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes

Merci d'y répondre seule et sans aide, en vous remerciant d'avance pour votre participation.

A PROPOS DE VOUS	1. Quel âge avez-vous ? ans
	2. Quelle est votre situation familiale ? <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Autre
	3. Quel est votre niveau d'étude ? <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> BEP/CAP <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Bac+2 (BTS, DUT...) <input type="checkbox"/> Bac+3/+4 (Licence, M1...) <input type="checkbox"/> Bac+5 et plus (Master, Doctorat, titre d'ingénieur...)
	4. Combien de fois avez-vous accouché avant cette grossesse ?
	5. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance pour cette grossesse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	6. Aviez-vous déjà entendu parler de la version auparavant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ? <input type="checkbox"/> Médias/Internet <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Cours de préparation à la naissance <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autre
	7. Aviez-vous déjà vécu une version auparavant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	8. Cette version a-t-elle été une réussite ou un échec ? <input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Echec
	9. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre satisfaction globale par rapport à votre prise en charge avant, pendant et après la VME ?

		Tout à fait 	Presque 	Pas vraiment 	Pas du tout 	Non concerné
VOTRE PRISE EN CHARGE	INFORMATION					
	A-t-on pris le temps de répondre à toutes vos questions concernant la VME ?					
	RELATIONS AVEC LES SOIGNANTS					
	Avez-vous pu identifier les différents membres du personnel qui vous a pris en charge ?					
	Les sages-femmes et les infirmières ont-elles été disponibles quand vous en aviez besoin ?					
	A-t-on pris en compte vos inquiétudes, vos appréhensions ?					
	ATTITUDE DES SOIGNANTS					
	A-t-on respecté votre intimité ?					
	L'équipe médicale a-t-elle su communiquer de manière adaptée avec vous ?					
	L'équipe a-t-elle pris en compte la présence de votre conjoint(e) ou la personne accompagnante dans la prise en charge ?					
	BIEN-ÊTRE PHYSIQUE					
	Vos inconforts ont-ils été pris en compte (nausées, vomissements, malaise, vertiges...) ?					
	A-t-on pris en compte votre douleur ?					
	FONCTIONNEMENT DU SERVICE					
	Le temps d'attente durant la journée a-t-il été satisfaisant ?					
Y avait-il une bonne coordination des équipes au sein du service ?						
Avez-vous ressenti une bonne ambiance dans le service ?						
L' INFORMATION	Vous a-t-on donné des informations claires sur ...					
	Le déroulement de la version par manœuvres externes			OUI	NON	
	L'intérêt d'une version			OUI	NON	
	Le taux de réussite et d'échec de la version			OUI	NON	
	Les risques secondaires possibles mais rares comme					
	La perte des eaux			OUI	NON	
	Les saignements par le vagin			OUI	NON	
	Les contractions de l'utérus			OUI	NON	
	Les anomalies du rythme cardiaque fœtal			OUI	NON	
	Le désagrément passager possible provoqué par le geste			OUI	NON	
L'organisation du suivi médical après la sortie			OUI	NON		

Annexe 4 : Fiche d'information destinée aux patientes réalisée par le CNGOF



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Madame Date :

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?

La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.

La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin obstétricien. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du médecin aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

Quel est l'intérêt d'une version ?

Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Ce type de présentation nécessite un environnement médical et aboutit à un recours plus fréquent à la césarienne.

C'est pourquoi la version par manœuvres externes peut être proposée, en général à partir de la 36^e semaine. Son taux de succès est de 50 à 60 %. Cette manœuvre peut être éventuellement répétée en cas d'échec lors de la première tentative si le médecin le préconise. Cette seconde tentative a encore 50 % de chances de succès.

Ce geste n'est douloureux ni pour la mère ni pour l'enfant.

En cas d'échec de la version, le médecin évaluera les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne en fonction des modes d'accouchement antérieurs, si vous avez déjà accouché, de la position du bébé et de son poids estimé, et de la taille de votre bassin osseux (estimée cliniquement, et précisée par scanner).

En cas de succès, vos chances d'accoucher naturellement redeviennent celles d'une présentation du bébé dans la position habituelle (tête en bas).

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au médecin.

Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus, un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.

En pratique

- un rendez-vous est pris à la maternité pour une hospitalisation de quelques heures, à jeun ;
- la version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ;
- un traitement pour faciliter le relâchement de l'utérus est parfois nécessaire ;

Annexe 5 : Information sur le site de la maternité Port-Royal

Accueil ► Informations médicales ► Grossesse et accouchement ► Version par manœuvre externe (VME)

T+ | T | T- | ✖

Version par manœuvre externe (VME)

 [Sommaire Obstétrique](#)

Votre bébé est en présentation du siège, c'est-à-dire qu'il se présente avec les fesses en bas et la tête en haut. Dans ces conditions, l'accouchement est possible par les voies naturelles mais requiert des conditions de sécurité strictes.

Le risque de devoir réaliser une césarienne est donc plus élevé que pour un accouchement avec un bébé tête en bas. Il est possible de tourner le bébé pour l'amener à positionner sa tête vers le bas par des manipulations douces du ventre. Cette manœuvre vous sera proposée au 8ème mois de grossesse. Elle est réalisée par un médecin, sous contrôle échographique. Une consultation par une sage-femme sera faite avant et après, afin de s'assurer du bien-être de votre bébé. Et vous serez à nouveau convoquée une dernière fois le lendemain.

[La VME permet de tourner le bébé dans un cas sur deux environ. Si cette version par manoeuvre externe \(VME\) n'a pas permis de positionner le bébé la tête en bas, on réalisera alors une scanno-pelvimétrie \(examen étudiant les dimensions et la forme de votre bassin\) et une échographie fœtale \(pour effectuer des mesures et estimer son poids\) afin de juger des possibilités d'accouchement par voie naturelle.](#)

1 mars 2010

Annexe 5 : Proposition d'une brochure d'information

« **La version, ça fait mal ou pas ?** »

La manœuvre peut être **inconfortable** mais reste dans la plupart des cas **supportable**. Le geste peut évidemment être interrompu si vous le souhaitez. L'important est que vous **arriviez détendue** le jour J pour faciliter au maximum le geste.

En moyenne, **1/3 des fœtus** en siège se retournent la tête en bas grâce à la version mais ce chiffre est **variable** selon le nombre d'enfants déjà eu, la position du placenta, la quantité de liquide amniotique autour de votre bébé et sa position (fesses ou pied en bas).

Dans la grande majorité des cas, la version est un acte qui **se passe très bien**.

De **rars cas d'incidents** peuvent survenir : contractions utérines, saignements par le vagin ou perte des eaux. Le rythme cardiaque du bébé peut ralentir provisoirement, mais il se rétablit presque toujours spontanément au bout d'un certain temps. Dans **des cas exceptionnels**, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire le bébé rapidement par césarienne.

Une surveillance est réalisée dans tous les cas.

« **La version, ce n'est pas mauvais pour mon bébé ?** »

En moyenne, **1/3 des fœtus** en siège se retournent la tête en bas grâce à la version mais ce chiffre est **variable** selon le nombre d'enfants déjà eu, la position du placenta, la quantité de liquide amniotique autour de votre bébé et sa position (fesses ou pied en bas).

Dans la grande majorité des cas, la version est un acte qui **se passe très bien**.

De **rars cas d'incidents** peuvent survenir : contractions utérines, saignements par le vagin ou perte des eaux. Le rythme cardiaque du bébé peut ralentir provisoirement, mais il se rétablit presque toujours spontanément au bout d'un certain temps. Dans **des cas exceptionnels**, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire le bébé rapidement par césarienne.

Une surveillance est réalisée dans tous les cas.

SAHAL Nadia

81 / 83

Mémoire pour obtenir le diplôme d'Etat de Sage-Femme

FICHE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES LA VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES

MATERNITE PORT-ROYAL

QUESTIONS

« Pourquoi ne laisse-t-on pas encore un mois à mon bébé pour qu'il se retourne seul ? »

La chance qu'il se retourne diminue au fur et à mesure que la grossesse s'avance. La quantité de liquide amniotique se réduisant et le bébé ayant moins d'espace, il a de plus en plus de difficultés à bouger.

« Risque-t-il de se retourner à nouveau si la version réussit ? »

La version spontanée est très rare au terme où vous êtes mais cela peut arriver.

COMMENT SE DEROULE LA JOURNEE ?

11h : Arrivée aux urgences (1^{er} étage) pour s'assurer à l'échographie que votre bébé soit toujours en siège

Vous passerez ensuite en **chambre** où une prise de sang et un monitoring seront réalisés

Un **repas** vous sera également servi
L'**attente** peut être longue selon la disponibilité du bloc où l'on réalisera la version

Il est donc important que vous prévoyiez la journée.

Vers 13-14h : Passage au **bloc** (3^{ème} étage)
On vous donnera une tenue spéciale à mettre
Une **personne accompagnante** peut être présente à vos côtés

La version est faite par le médecin aidé de l'interne sous contrôle échographique

ET APRES ?

En cas de **succès**, vous retrouvez les mêmes chances d'accoucher naturellement qu'un bébé qui a toujours eu la tête en bas.

En cas d'**échec**, une radiopelvimétrie du bassin sera réalisée après la version pour mesurer les diamètres de votre bassin. L'équipe médicale discutera de votre cas pour évaluer vos chances d'accoucher par voie basse.

Dans tous les cas, un **monitoring** sera réalisé juste après la version, le lendemain et une semaine après.

Une prise de sang sera également réalisée après la version et une injection d'immunoglobulines vous sera administré si vous êtes de Rhésus négatif pour prévenir une immunisation.

Après la version, votre ventre risque d'être **sensible**, ce qui est normal. Il se peut également que vous sentiez moins votre enfant bouger, mais au bout de quelques heures, tout rentre dans l'ordre

Comme pour toute femme enceinte, en cas de survenue de symptômes (**contractions, perte des eaux, saignements, baisse des mouvements fœtaux**), il convient de consulter à la maternité sans délai.

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.