



**HAL**  
open science

**Dystocie des épaules. “ La connaissance s’acquiert par l’expérience, tout le reste n’est que de l’information. ”**

**Albert Einstein**

Émy Bugeon

► **To cite this version:**

Émy Bugeon. Dystocie des épaules. “ La connaissance s’acquiert par l’expérience, tout le reste n’est que de l’information. ” Albert Einstein. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02899406

**HAL Id: dumas-02899406**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02899406>**

Submitted on 15 Jul 2020

**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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES**

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-  
FEMME  
PROMOTION 2020**

**DYSTOCIE DES EPAULES:  
« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste  
n'est que de l'information. »**

Albert Einstein

**MEMOIRE PRESENTE PAR :**

Madame Emy BUGEON

Née le 24 décembre 1996

**SOUS LA DIRECTION DE :**

Dr Alain DIGUET

Gynécologue Obstétricien.

**DYSTOCIE DES EPAULES:**  
**« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste  
n'est que de l'information. »**

Albert Einstein

**Je tenais à remercier tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.**

Je voudrais dans un premier temps remercier **Mme Darcet**, pour sa disponibilité, ses nombreuses relectures et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

**Mr Diguët**, gynécologue-obstétricien pour son aide, son accompagnement et le temps consacré à mon travail.

Merci **aux sages-femmes** ayant répondu à mon questionnaire sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci à mes amies de promotion, **Marie, Anne, Clémentine** et **Shaya** pour ces quatre belles années à vos côtés. A **Méline**, pour son amitié et son soutien au quotidien.

Merci à ma famille et tout particulièrement mes **parents**, mon frère **Joffrey** et ma sœur **Pauline** qui ont toujours cru en moi. Merci pour votre précieuse aide et votre amour. Merci d'être mon pilier au quotidien.

Merci à **Chahine**, pour son amour, son écoute et son soutien permanent.

## TABLE DES MATIERES :

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVUE DE LA LITTÉRATURE .....</b>	<b>3</b>
1. RAPPEL DES DEUX ACTEURS PRINCIPAUX INTERVENANT DANS UNE DE .....	3
1.1. <i>Le bassin osseux [Annexe II]</i> .....	4
1.2. <i>Le mobile fœtal [Annexe IV].</i> .....	5
2. DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE DE.....	6
2.1. <i>Examen clinique</i> .....	6
2.2. <i>Progression anormale du travail</i> .....	7
2.3. <i>Les examens complémentaires</i> .....	8
2.3.1. <i>La radiopelvimétrie</i> .....	8
2.3.2. <i>L'échographie</i> .....	8
3. LES FACTEURS DE RISQUE INCRIMINÉS DANS LA SURVENUE D'UNE DE .....	9
3.1. <i>Multiparité</i> .....	9
3.2. <i>Antécédent de dystocie des épaules.</i> .....	9
3.3. <i>Terme dépassé</i> .....	9
3.4. <i>Obésité maternelle et prise de poids pendant la grossesse</i> .....	10
3.5. <i>Macrosomie</i> .....	12
3.6. <i>Le diabète gestationnel ou préexistant à la grossesse</i> .....	13
4. INDICATIONS À LA CÉSARIENNE PROPHYLACTIQUE .....	14
5. DIAGNOSTIQUER ET AGIR AVEC EFFICACITÉ ET RAPIDITÉ LORS D'UNE DE .....	15
5.1. <i>Le diagnostic</i> .....	15
5.2. <i>Prise en charge de la dystocie des épaules</i> .....	15
5.2.1. <i>La manœuvre de Mac Roberts</i> .....	16
5.2.2. <i>La manœuvre du Wood Inversée</i> .....	17
5.2.3. <i>La manœuvre de Jacquemier</i> .....	17
6. MORBIDITÉS SURVENANT LORS D'UNE DE.....	18
6.1. <i>Morbidités néonatales</i> .....	18
6.1.1. <i>Lésions du plexus brachial</i> .....	18
6.1.2. <i>Fractures osseuses</i> .....	19
6.1.3. <i>L'hypoxie.</i> .....	19
6.2. <i>Morbidité maternelle</i> .....	20
6.2.1. <i>Déchirures périnéales obstétricales</i> .....	20
6.2.2. <i>Hémorragie de la délivrance</i> .....	21
6.3. <i>Aspect psychologique du couple</i> .....	21
7. LA FORMATION DES SAGES-FEMMES .....	22
7.1. <i>La formation initiale</i> .....	22
7.2. <i>La formation continue.</i> .....	23
7.3. <i>Le développement professionnel continu</i> .....	23
7.4. <i>L'analyse des évènements exceptionnels et l'interprofession</i> .....	24
7.5. <i>Evaluation de l'évènement exceptionnel a posteriori</i> .....	25
<b>III. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>27</b>
1. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES .....	27
2. OBJECTIFS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	27
3. MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE .....	28
3.1. <i>Outils de l'enquête</i> .....	28
3.2. <i>Démarche et déroulement de l'enquête</i> .....	29

<b>IV. RÉSULTATS</b> .....	<b>31</b>
1. GÉNÉRALITÉS .....	31
2. EXPÉRIENCES .....	32
3. CONNAISSANCES SUR LA DYSTOCIE DES ÉPAULES .....	33
3.1. <i>Auto-évaluation des sages-femmes</i> .....	33
3.2. <i>Les questions théoriques</i> .....	35
3.3. <i>Notes obtenues par les sages-femmes</i> .....	38
4. FORMATION INITIALE .....	39
5. LA FORMATION CONTINUE .....	44
<b>V. DISCUSSION</b> .....	<b>49</b>
1. GÉNÉRALITÉS .....	49
2. LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES .....	51
3. LA FORMATION INITIALE .....	52
4. LA FORMATION CONTINUE .....	53
5. DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU .....	54
6. BIAIS DE NOTRE ÉTUDE .....	55
7. PROPOSITIONS D' ACTIONS .....	55
7.1. <i>La pédagogie inversée et l'autonomie</i> .....	55
7.2. <i>Bases de données des évènements complexes</i> .....	56
7.3. <i>Simulations en équipe</i> .....	56
7.4. <i>Formations</i> .....	56
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	<b>58</b>

## RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

## ANNEXES

## **Glossaire :**

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DE : Dystocie des épaules

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques

EPR : Évènement porteur de risques

GAJ : Glycémie à Jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post Partum

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter de l'Anus

RCOG : Royal College Of Obstetricians and Gynecologists

RMM : Revue de morbidité et mortalité

SA : Semaines d'Aménorrhées

SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

# I. Introduction

Pour la majorité des femmes, devenir mère est un moment de bonheur incommensurable. Les représentations de l'enfant s'enrichissent au travers de ces 9 mois de grossesse. Puis vient le moment de l'accouchement, où l'imaginaire va laisser place à la réalité. Une étape se termine et une vie commence.

Dans le langage médical, l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion par les voies naturelles d'un ou plusieurs fœtus et des annexes. L'accouchement eutocique est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2016 [1], 67,4% des naissances ont eu lieu par voie basse non instrumentale. Une part non négligeable d'accouchement est donc dystocique, c'est-à-dire qu'il s'accompagne de pathologie(s). Le terme dystocie vient du grec « dus » difficulté et « tokos » accouchement, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement du processus normal de l'accouchement.

Le code de la santé publique des Sages-Femmes définit précisément les compétences professionnelles de la sage-femme. Lorsqu'elle décèle une pathologie, notamment une dystocie des épaules, elle se doit de prévenir un médecin [2].

Une dystocie des épaules se définit par l'absence de dégagement des deux épaules du fœtus après expulsion de la tête, rendant nécessaire le recours à des manœuvres autres que la traction douce de la tête fœtale ou manœuvre de restitution [3]. En d'autres termes, physiologiquement le diamètre des épaules dit diamètre bi-acromial mesure 12 cm et est réductible à 9,5 cm. Chez certains fœtus, ce diamètre est augmenté et peut atteindre 14 à 15 cm. Il peut alors exister une difficulté de l'engagement des épaules dans le bassin maternel.

Selon les recommandations du CNGOF, cette situation obstétricale complique 0,5 à 1 % des accouchements [4]. Un événement rare en pratique qui nous pousse à nous questionner sur les connaissances et les acquis des sages-femmes face à cette situation complexe.

Lors d'un accouchement, faire face à ce type d'évènement est stressant, autant pour l'équipe médicale que pour les futurs parents. C'est une pathologie rare mais les conséquences peuvent être lourdes. Il est donc indispensable d'avoir une bonne connaissance théorique mais aussi pratique de cette dystocie pour l'anticiper, la dépister et agir le plus rapidement possible.

Durant les études de maïeutique, les étudiants sages-femmes sont formés et sont en capacité de répondre à toutes situations pouvant se produire lors d'un accouchement. Ces connaissances doivent être régulièrement remises à jour selon l'évolution de la médecine. Selon le code de déontologie, la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu (DPC) prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2 [2].

Néanmoins, gardons à l'esprit qu'il existe une différence non négligeable entre d'une part, la réalité sur le terrain, l'urgence de la situation, le stress éprouvé et d'autre part, les cours pratiques et théoriques.

Pour agir lors du diagnostic d'une dystocie des épaules, il faut mobiliser ses connaissances théoriques. Dans cette situation, ce n'est pas la connaissance de l'algorithme qui résoudra à lui seul la pathologie mais le savoir-faire des manœuvres obstétricales. La pratique est indispensable et intriquée au savoir.

« Cette dystocie des épaules est un paradoxe : accident grave dont le traitement ne peut s'enseigner et surtout se répéter autrement que de manière très imparfaite sur mannequin. » [5]. D'où cette interrogation : la connaissance théorique enseignée lors de la formation initiale est-elle suffisante pour une prise en charge optimale du couple mère-enfant ?

## **II. Revue de la littérature**

Un point qu'il est important d'aborder et d'éclaircir dans un premier temps est la distinction entre deux termes : la « difficulté » aux épaules et la « dystocie » des épaules. Une différence subtile mais qui a toute son importance. [Annexe I]

Dans la littérature, la difficulté aux épaules, également nommée dystocie « douce » se traduit par la présence dans l'excavation pelvienne de l'épaule postérieure, tandis que l'épaule antérieure reste fixée au-dessus du détroit supérieur. La manœuvre de Mac Roberts (cf. *infra.*) est suffisante pour réduire cette difficulté.

La dystocie sévère ou vraie des épaules signifie qu'aucune des deux épaules n'est engagée au niveau du détroit supérieur. Ainsi, la situation ne peut pas être résolue uniquement par la manœuvre de Mac Roberts. C'est tout un enchaînement de manœuvres qui doit parfois être effectué.

La difficulté aux épaules est une situation obstétricale plus fréquente que la dystocie des épaules ; elle complique 4-5 naissances sur 1000 [6].

Par conséquent, il est difficile d'évaluer réellement l'incidence de cette complication. Chaque acteur a son propre regard sur la situation qu'il vient de vivre. Une difficulté aux épaules est souvent à tort qualifiée de dystocie des épaules. C'est un point qu'il sera important d'aborder lors de notre étude.

### **1. Rappel des deux acteurs principaux intervenant dans une DE**

Afin de comprendre un peu mieux la problématique survenant lors d'une dystocie des épaules, il est important de faire le point sur le bassin osseux maternel et le mobile foetal.

## 1.1. Le bassin osseux [Annexe II]

Le bassin osseux est une structure rigide composée de quatre os qui s'articulent les uns avec les autres. En arrière, se trouve le sacrum constitué de cinq vertèbres soudées ensemble qui se prolonge de façon caudale par le coccyx. Latéralement, nous retrouvons deux os coxaux qui vont se rejoindre en avant pour former la symphyse pubienne.

Ces quatre os sont solidarités par un ensemble de muscles et de ligaments ce qui rend la mobilité du bassin relativement réduite. L'ensemble forme le petit bassin.

Le détroit supérieur marque la délimitation supérieure du petit bassin. Il correspond à la limite virtuelle de l'engagement du mobile fœtal. En effet, en obstétrique le terme engagement désigne le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation du mobile fœtal.

Ce détroit est délimité en haut et en arrière par le bord supérieur du promontoire, et en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne. Latéralement, nous retrouvons les lignes innominées des os coxaux.

Si nous analysons et mesurons les diamètres du bassin, trois diamètres sont particulièrement intéressants à retenir :

- Le diamètre promonto-réto-pubien : 10,5 cm
- Le diamètre transverse médian : 12,5 cm
- Le diamètre oblique droit et gauche : 12 cm

Une fois le détroit supérieur franchi, la tête fœtale doit franchir le détroit moyen qui présente une spécificité. Ce dernier passe par les deux épines ischiatiques des os coxaux. Le diamètre est ainsi réduit et la tête fœtale doit s'accommoder à un diamètre mesurant 10 cm.

Le détroit inférieur quant à lui est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en arrière par le bord inférieur du sacrum et latéralement par la branche ischio-pubienne et la tubérosité ischiatique.

Concernant les diamètres importants, nous retrouvons :

- Le diamètre bi-ischiatique : 10,5-11 cm
- Le diamètre sous sacro sous pubien : 11-11,5 cm

Notons par ailleurs que le franchissement du détroit inférieur par la présentation du mobile fœtal marque le troisième temps de l'accouchement, à savoir le dégagement.

[Annexe III]

## **1.2. Le mobile fœtal [Annexe IV]**

La tête fœtale se compose d'une base et de la voûte crânienne. Cette dernière est composée d'os non encore soudés les uns aux autres laissant ainsi apparaître des sutures entre chaque os et à leur entrecroisement des fontanelles. Les fontanelles et les sutures permettent par ailleurs au professionnel lors du travail de diagnostiquer la variété de position du mobile fœtal.

Cette liberté que présente chaque os permet la plasticité de la tête fœtale. Ainsi, lors de la descente dans l'excavation pelvienne, la tête fœtale s'accommode par des déformations plastiques. Le diamètre important à retenir de la tête fœtale est le sous-occipito-bregmatique (Réf. 1 – Annexe III). En effet, il correspond au diamètre de la flexion de la tête fœtale la plus favorable pour l'engagement c'est-à-dire 9,5 cm environ à terme.

Il y a par la suite une orientation oblique physiologique de la tête fœtale afin de faire correspondre ses deux plus grands diamètres avec les deux plus grands diamètres du détroit supérieur.

Ces diamètres sont des valeurs théoriques présentées dans la littérature obstétricale. Cependant la réalité est souvent tout autre, avec une grande diversité de formes de bassin et de dimensions.

Selon plusieurs enquêtes réalisées en rétrospectif sur dix ans, la fréquence d'apparition de dystocie des épaules est en augmentation avec une multiplication par dix du nombre en une décennie. Il nous semble donc intéressant de nous interroger et comprendre comment cela peut être expliqué.

Il est difficile de prévoir une dystocie des épaules, ce qui rend la prévention tout aussi complexe. Aucune étude n'a démontré que la prise en compte des différents facteurs de risque, à l'exception du diabète gestationnel, permettrait de réduire le risque de dystocie des épaules.

Malgré tout, nous allons évoquer un certain nombre de facteurs de risque souvent mis en cause dans l'apparition de cette pathologie et les dépistages de ces facteurs de risque.

## **2. Dépistage des facteurs de risque de DE**

### **2.1. Examen clinique**

Une connaissance parfaite du dossier obstétrical de la femme en travail que nous prenons en charge est indispensable pour un accompagnement adapté et personnalisé. Une patiente avec des antécédents tels qu'un accident de la voie publique impliquant un traumatisme du bassin ou encore une boiterie impactant la symétrie du bassin n'aura pas la même prise en charge qu'une patiente avec un bassin strictement normal. Egalement, la morphologie de la patiente donnera des informations sur la taille de son bassin. C'est une notion primordiale dans la décision de la voie d'accouchement.

Lorsqu'une patiente entre en salle de naissance, la sage-femme doit faire un examen clinique qui comprend entre autre, la mesure de la hauteur utérine, la palpation utérine, l'aspect visuel de l'utérus, la position du fœtus et le côté de son dos. Concernant la hauteur utérine, à terme elle doit mesurer aux alentours de 32 cm. Une hauteur utérine supérieure à 34 cm est évocatrice de macrosomie. Mais il faut être prudent quant à cette mesure parfois imprécise. Il existe des biais de mesure tels que la paroi abdominale chez une patiente en surpoids ou obèse.

Par sa clinique et son expérience professionnelle la sage-femme se fait sa propre impression et peut ainsi anticiper les conduites à tenir durant le travail et l'accouchement. Le palper abdominal est un temps important de l'examen clinique. En effet, il permet d'apprécier cliniquement la présentation du fœtus, la position du dos et le volume fœtal. La sage-femme doit également rechercher un débord sus-pubien ou une anomalie de la mobilité de la tête fœtale.

## 2.2. Progression anormale du travail

L'analyse du travail en salle de naissance est tout aussi importante. Certaines informations peuvent nous orienter vers une dystocie. Durant le travail, la dilatation du col se divise en deux phases, une première dite phase de latence plus ou moins longue selon les femmes et qui commence avec les premières contractions jusqu'à une dilatation du col de 5-6cm. La deuxième phase jusqu'à la dilatation complète, est dite la phase active durant laquelle, physiologiquement, la dilatation doit être supérieure à 1cm par heure chez les nullipares et 1,5cm par heure chez les multipares [7]. Une stagnation de la dilatation ou un engagement tardif de la présentation peuvent être évocateurs d'une disproportion fœto-pelvienne.

Il est important d'analyser ces deux phases et d'avoir un regard critique sur l'ensemble du travail menant à l'accouchement. Le partogramme est d'ailleurs un bon outil pour avoir une vision globale du travail.

Dans certaines situations, il existe des dystocies de travail, avec une prolongation de la phase active ou encore une dystocie d'engagement. Comme nous l'avons dit précédemment l'engagement est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation fœtale. Selon les recommandations de l'HAS, lorsqu'il est admis qu'une patiente est à dilatation complète, en l'absence de toute anomalie maternelle et fœtale, nous laissons descendre la présentation fœtale avant de débiter les efforts expulsifs [7].

Selon JP Schaal et ses collègues [8], la dystocie d'engagement à dilatation complète est définie comme l'impossibilité d'obtenir la descente de la tête au niveau de l'excavation malgré une dynamique normale.

Cette définition est importante car le non engagement peut être le reflet d'un problème sous-jacent et conduire à une complication ultérieure. Ainsi, une dystocie d'engagement peut orienter vers une macrosomie fœtale ou une disproportion foeto-pelvienne. Ces deux facteurs de risques sont importants et sont souvent incriminés dans une dystocie des épaules.

Notons également, que l'existence d'une macrosomie fœtale provoque une distension utérine qui prédispose à une dystocie dynamique pendant le travail [8].

## **2.3. Les examens complémentaires**

### **2.3.1. La radiopelvimétrie**

La radiopelvimétrie est une technique d'imagerie qui permet de mesurer les diamètres du bassin. Il s'agit de pratiquer des radiographies – actuellement en France par la technique d'IRM – avec des clichés standardisés du bassin, essentiellement utilisés dans les situations de présentations fœtales en siège ou lors de grossesses gémellaires. Très largement préconisé par certaines équipes lors de suspicions de macrosomie, cet examen n'est pourtant pas systématique et aboutit à une augmentation de césarienne sans preuve de bénéfice [9].

L'idée princeps est de réaliser une « confrontation foeto-pelvienne » théorique ou virtuelle et de dépister les disproportions entre les « gros fœtus » et les « petits bassins maternels ». Il s'agit donc d'évaluer les pronostics obstétricaux en cas de suspicion de macrosomie.

Une suspicion de macrosomie n'est pas à elle seule un argument pour réaliser une radiopelvimétrie. Elle ne fait donc pas partie du bilan obligatoire pour accepter une épreuve du travail [9].

Au contraire, une radiopelvimétrie normale réalisée pour une autre indication fait partie des critères d'acceptabilité de la voie basse. Mais il faut néanmoins garder à l'esprit que la pertinence de la pelvimétrie pour prédire le succès d'un accouchement est faible [9].

### **2.3.2. L'échographie**

Il est important d'analyser les résultats des différents examens réalisés au cours de la grossesse et de détecter la moindre discordance dans le suivi obstétrical. Les échographies sont réalisées afin d'apprécier la croissance fœtale, la vitalité et l'absence d'anomalie morphologique. Une estimation du poids fœtal est réalisée afin de dépister l'existence ou non d'une macrosomie. Pour autant, il est reconnu que l'estimation de poids fœtal présente une faible fiabilité et une différence souvent largement supérieure à 10% tendant à surestimer ou sous-estimer les enfants pesant plus de 4 000g à la naissance [10].

Pour rappel, le suivi d'une grossesse comporte habituellement la réalisation de trois échographies : une première faite entre 11 SA et 13 SA + 6 jours, la deuxième entre 20 SA et 25 SA et une troisième échographie entre 30 SA et 35 SA.

La prise de poids fœtale est la plus importante au 3<sup>ème</sup> trimestre. Ainsi, plus l'échographie est faite tardivement, plus l'estimation de poids fœtal sera en corrélation avec le poids de naissance.

### **3. Les facteurs de risque incriminés dans la survenue d'une DE**

#### **3.1. Multiparité**

La parité peut jouer un rôle non négligeable dans l'apparition d'une dystocie des épaules. Une étude révèle que le poids moyen de naissance est significativement plus élevé chez les multipares c'est-à-dire que le poids de naissance des nouveau-nés augmente progressivement avec la parité et ce d'autant plus que l'enfant est de sexe masculin [11].

#### **3.2. Antécédent de dystocie des épaules**

L'antécédent de dystocie des épaules est un des facteurs de risque les plus incriminés dans la récurrence d'une dystocie des épaules. Cet antécédent multiplierait par 10 à 20 le risque de survenue d'une nouvelle DE [12].

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée afin d'évaluer la conduite à tenir en cas de nouvelle grossesse.

#### **3.3. Terme dépassé**

Une grossesse dure en moyenne 280 à 290 jours, soit de 40 à 41 SA + 3 jours. Elle est menée à terme lorsque l'accouchement a lieu entre 37 SA et 41 SA + 6 jours. Au-delà de la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée la grossesse est qualifiée de « terme dépassé ».

Selon le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France, 1% des patientes accouchent au-delà de 42 SA [13].

Nous observons une augmentation du taux de césariennes dans les termes dépassés. Il y a également plus de risque d'hémorragie de la délivrance et de lésions périnéales du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré.

Rappelons que c'est lors des dernières semaines de grossesse que le fœtus prend le plus de poids.

### **3.4. Obésité maternelle et prise de poids pendant la grossesse**

Le surpoids et l'obésité sont des paramètres maternels qu'il est important de prendre en compte pendant la grossesse, car ils sont étroitement liés à la macrosomie fœtale et sont impliqués dans la survenue d'une dystocie des épaules.

Le poids est une problématique qui est de plus en plus d'actualité dans notre société. Un Homme est qualifié en « surpoids » lorsque son indice de masse corporelle (IMC), qui est le rapport entre le poids (en kilogrammes) et la taille (en mètre) d'une personne est comprise entre 25 et 30. Au-delà, nous parlons d'obésité qui présente là encore plusieurs stades. En France, 7 millions de personnes sont considérées comme obèses et une personne sur deux est dite en surpoids [14].

Selon l'enquête nationale périnatale de l'INSERM et de la DREES en 2016, 20% des femmes sont en surpoids et près de 12% en obésité contre respectivement 17% et 10% en 2010 [1]. La prévalence du surpoids chez les femmes en âge de procréer est en augmentation dans toutes les sociétés occidentales. Ces chiffres ne cessent d'augmenter et préoccupent les professionnels de santé [1].

L'obésité maternelle est impliquée dans de nombreuses complications obstétricales. En dehors de la grossesse, cette maladie expose les patientes à des effets néfastes qui sont amplifiés durant la grossesse. Il y a davantage de patiente présentant une hypertension artérielle ou un diabète gestationnel, mais au niveau obstétrical, également, plus de termes dépassés, de macrosomies et à plus long terme d'obésités infantiles [15].

Dans le cadre d'une grossesse, une enquête rapporte que le risque de développer un diabète gestationnel est multiplié par 5 chez les femmes en surpoids ou en obésité [15]. Parallèlement, le recours à la césarienne programmée ou en urgence est multiplié par 1,8 notamment pour une indication de macrosomie fœtale [15].

L'obésité maternelle entraîne également une élévation du poids de naissance pour l'âge gestationnel et ainsi le risque de macrosomie fœtale. Ce risque augmente graduellement pour être multiplié par 4 lorsque l'IMC est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> [16].

Lors de la réalisation de l'échographie, il y a de véritables problèmes spécifiques à la femme en surpoids ou obèse concernant la qualité de l'examen. En effet, cette pathologie aboutit à des approximations conduisant à des erreurs de diagnostic et notamment une mauvaise évaluation pondérale du fœtus. Ainsi, l'obésité est un problème de santé publique qui amène de nombreuses complications pendant ou en dehors de la grossesse.

Concernant la prise de poids durant la grossesse, celle-ci est très variable d'une femme à une autre. Selon les recommandations du Programme National Nutrition Santé [17], une femme avec un IMC normal doit prendre entre 11 et 16 kilogrammes pendant la grossesse. Pour une femme en surpoids la prise de poids doit être entre 7 et 11 kilogrammes, tandis qu'une femme obèse doit se limiter entre 5 et 9 kilogrammes.

En réalité, l'excès de prise de poids est majoritaire en France. Le dicton « Je suis enceinte, je dois manger pour deux ! » devrait avoir été depuis longtemps supplanté par « Je suis enceinte, je mange deux fois mieux ! ». Les professionnels doivent lutter contre de nombreuses fausses idées et prévenir les femmes enceintes et non enceintes. Il est important d'expliquer qu'il ne s'agit pas de « manger pour deux » mais de manger équilibré et sainement. Durant la grossesse, c'est l'alimentation maternelle qui permet de fournir au fœtus tous les besoins nutritifs pour se développer. Certes, les besoins sont plus importants mais une alimentation riche et variée suffit à subvenir au besoin de l'enfant à naître.

Pour les patientes ayant des difficultés d'alimentation, une collaboration avec une diététicienne peut être mise en place durant la grossesse, voire une prise en charge médicale spécifique en service de nutrition ou endocrinologie.

### 3.5. Macrosomie

La macrosomie est très souvent incriminée dans la survenue d'une dystocie des épaules. Mais là encore, elle n'est pas retrouvée systématiquement dans tous les cas recensés.

La macrosomie est définie par le CNGOF comme « tout enfant de plus de 4 000g naissant à terme » ou encore « tout enfant ayant un poids de naissance supérieur au 90<sup>e</sup> percentile ». Cette définition ne doit pas exclure l'existence d'une macrosomie avant le terme de 41 SA [10]. L'une des étiologies principales de la macrosomie est l'existence chez la mère d'un diabète. Qu'il soit préexistant à la grossesse ou induit par cette dernière, il peut être à l'origine d'une macrosomie rhizomélique c'est-à-dire dysharmonieuse, puisque prédominante sur les parties proximales des membres. Ainsi, l'augmentation de la taille du fœtus concernera toutes ses mensurations avec une prédominance sur les diamètres bi-acromial et thoracique.

La macrosomie est la principale conséquence néonatale d'un diabète gestationnel. Elle multiplie par trois le risque d'hémorragie de la délivrance [18]. Chez les femmes pour lesquelles une macrosomie fœtale est avérée, la question d'un déclenchement anticipé se posera. Cependant, les avis sur ce sujet sont partagés et des études sont en cours. En effet, un déclenchement avant terme peut théoriquement réduire des risques liés au poids de naissance de l'enfant à naître mais peut également entraîner un travail plus long et un risque augmenté de césarienne.

Il faut bien considérer que 40 à 50% des dystocies des épaules ne surviennent pas chez les macrosomes. Selon une étude menée par la Cochrane, [19] le déclenchement du travail ne semble pas modifier le taux d'accouchements par césarienne. Egalement, un déclenchement pour suspicion de macrosomie serait bénéfique quant à la survenue de morbidités fœtales telles que des fractures.

Une étude de 2007 montrait qu'un périmètre abdominal supérieur à 350 mm était corrélé à un poids de naissance supérieur à 4 250g [20]. Cette notion permet ainsi d'alerter l'équipe sur le risque de macrosomie et de dystocie des épaules lorsque cette mesure est retrouvée au cours des échographies.

### **3.6. Le diabète gestationnel ou préexistant à la grossesse**

Le diabète, qu'il soit préexistant ou non à la grossesse est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie plus ou moins sévère. Nous utilisons le terme de diabète gestationnel lorsque ce trouble survient ou est diagnostiqué pour la première fois lors de la grossesse [21]. Cette complication peut augmenter le risque d'apparition de complications à court et à long terme pour la mère et pour le fœtus.

Le diabète gestationnel concernait 8% des femmes en 2016 contre 3,8 % en 2004 [22]. Cette augmentation s'expliquerait principalement par le fait que nos patientes sont plus âgées et davantage en surpoids lors de la grossesse.

Pour rappel, en présence de facteurs de risques en faveur d'un potentiel diabète, la femme effectue au premier trimestre une glycémie à jeun afin de rechercher un diabète de type 2 méconnu. Un dépistage au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse peut également être proposé. Il s'agit de l'HGPO, l'hyperglycémie provoquée par voie orale par l'administration de 75g de glucose qui évalue la glycémie en trois temps, à jeun puis à 1 et 2 heures. Une seule valeur pathologique signe la présence d'un diabète gestationnel.

La prise en charge est multidisciplinaire avec un obstétricien, diététicien, et endocrinologue. Une bonne prise en charge du diabète réduit le risque de survenu de macrosomie et de dystocie des épaules.

Une glycémie bien équilibrée tout au long de la grossesse n'a très généralement pas de conséquence sur le fœtus et la grossesse. Néanmoins, un mauvais suivi avec un déséquilibre peut entraîner de graves conséquences autant pour la mère que pour le fœtus.

Selon plusieurs enquêtes, il existe une relation certaine entre un diabète gestationnel déséquilibré et la macrosomie fœtale. Ainsi, le fœtus présente un excès de masse grasseuse et de masse musculaire [23].

Quelques études ont été menées sur l'incidence de la DE au sein des femmes présentant un diabète au cours de la grossesse. Des taux de 0,5 à 3,95% ont été retrouvés [24].

Il est par ailleurs facile à déduire qu'un diabète gestationnel déséquilibré entraîne dans la majorité des cas une macrosomie fœtale et que cette pathologie entraîne à son tour une augmentation du risque de DE.

Le diabète gestationnel est ainsi indirectement un facteur de risque important d'apparition de complications lors de l'accouchement.

Tous les facteurs de risques précédemment cités sont conjointement liés !

#### **4. Indications à la césarienne prophylactique**

Le taux de césarienne est en constante augmentation, passant de 5% dans les années 70 à plus de 20% aujourd'hui [25].

Selon les recommandations de la HAS, une césarienne « programmée » devrait correspondre à une césarienne réalisée à terme, non liée à une situation d'urgence apparaissant en dehors du travail. Elle est généralement programmée après 39 SA pour une grossesse mono fœtale [25].

Une suspicion de macrosomie seule, en l'absence de tout autre facteur de risque comme le diabète n'est pas une indication à un déclenchement ou à une césarienne. Au contraire, pour une suspicion de macrosomie chez une patiente ayant un diabète gestationnel, la décision d'une césarienne programmée peut être discutée.

Toujours selon les recommandations de la HAS, en cas d'antécédent de césarienne ou d'antécédent de dystocie des épaules, la probabilité d'une récurrence de DE est modérée, de l'ordre de 5 à 10%. Mais ce risque est multiplié par 17 par rapport à une multipare sans antécédent [25]. Ainsi, le CNGOF recommande de pratiquer une césarienne prophylactique dans le cas d'une patiente ayant pour antécédent un accouchement compliqué d'une dystocie des épaules si l'on suspecte une récurrence de macrosomie [24].

Enfin, une patiente présentant une anomalie du bassin suite à un traumatisme pelvien ou un rétrécissement clinique du bassin de par sa petite taille, une confrontation foeto-pelvienne sera effectuée ainsi qu'une discussion autour d'une césarienne programmée.

## **5. Diagnostiquer et agir avec efficacité et rapidité lors d'une DE**

### **5.1. Le diagnostic**

Il faut être vigilant au déroulement de l'accouchement. Lors des efforts expulsifs, une ré-ascension de la tête fœtale entre chaque effort ou un blocage de la présentation partie haute à moyenne malgré des efforts expulsifs efficaces et prolongés peuvent être des signes de disproportion foeto-pelvienne. Ceci sera d'autant plus suspecté que la patiente est une multipare.

Un des signes caractéristiques d'une dystocie des épaules est le dégagement difficile de la tête fœtale qui reste « collée » à la vulve comme aspirée. La rotation de restitution n'a pas lieu spontanément. Il faut savoir garder son calme et appliquer la règle des trois « P » des anglo-saxons à savoir :

- Pulling ou Pull (tirer) : il ne faut pas tirer sur le cou fœtal car toute traction excessive peut entraîner des complications à type d'élongation du plexus brachial.
- Pivoting ou Pivot (pivoter) : il ne faut pas pivoter c'est-à-dire ne pas faire de restitution forcée pouvant également amener à une lésion du plexus brachial.
- Pushing ou Push (pousser) : il ne faut pas pousser/presser le fond utérin qui bloque davantage la partie supérieure de l'épaule au niveau de la partie antérieure du détroit supérieur [4].

Dans la précipitation, survient l'erreur de conduite du dégagement, en particulier lors de la traction sur la tête fœtale suivant un axe inadapté ce qui conduit alors à une morbidité néonatale.

### **5.2. Prise en charge de la dystocie des épaules**

Lorsque la dystocie des épaules est identifiée, la première chose à faire est de demander de l'aide, appeler toute l'équipe médicale, composée du gynécologue-obstétricien, anesthésiste, pédiatre ainsi qu'une 3<sup>e</sup> personne pouvant être utile pour la réalisation des manœuvres obstétricales.

Selon l'article R.4127-313 du *code de la santé publique* « dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins [...] qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités ». Ainsi dans l'urgence de la situation qu'est une DE, elle peut prodiguer les premiers actes si l'obstétricien de garde n'est pas encore arrivé.

En pratique, il faudra s'assurer que la patiente soit correctement installée, en position gynécologique, les fesses au bord de la table. Après avoir appelé l'équipe, il ne faut pas tarder à commencer les manœuvres. Compte tenu des complications possibles pour l'enfant à naître, le temps est précieux !

Même dans l'urgence, il faut rester vigilant au confort de la patiente et notamment concernant l'analgésie péridurale.

« Les livres de médecine ne parlent pas des douleurs provoquées par les gestes des médecins. Et beaucoup de médecins pensent que si c'est pour le bien des patientes, la douleur est justifiée. Aucune douleur n'est justifiée. Jamais » [26].

Les gestes qui sont effectués pour résoudre une dystocie des épaules peuvent être impressionnants et douloureux en l'absence d'une analgésie correcte qui est nécessaire à la pratique des manœuvres d'extraction dans de bonnes conditions.

### 5.2.1. La manœuvre de Mac Roberts

En première intention, la manœuvre de Mac Roberts doit être effectuée. Elle consiste à effectuer une hyper flexion des cuisses de la patiente, en abduction sur le thorax. Cette position va ainsi créer un mouvement de nutation du coccyx et donc une augmentation du diamètre du détroit inférieur. Une pression sus-pubienne du côté du dos du fœtus peut être réalisée afin de créer une pression sur la face postérieure du moignon de l'épaule antérieure et ainsi réduire le diamètre bi acromial. Il y a généralement peu de séquelles à la suite de cette manœuvre.

Rappelons qu'en cas de succès de cette unique manœuvre, le terme de difficulté aux épaules doit être employé.

En cas d'échec d'un Mac Roberts, il est nécessaire de réaliser une manœuvre de 2<sup>ème</sup> intention, et dans ce cas, il est impératif de savoir où se situe l'épaule postérieure du fœtus.

### 5.2.2. La manœuvre du Wood Inversée

En cas d'échec, il est nécessaire de réaliser une manœuvre de 2<sup>ème</sup> intention. Si l'épaule postérieure est engagée dans le bassin maternel, il est possible de réaliser la manœuvre du Wood inversée. Celle-ci demande au praticien d'introduire la main correspondant au dos du fœtus (main droite pour un dos à gauche et main gauche pour un dos à droite) et d'effectuer un appui sur la face postérieure du moignon de l'épaule postérieure, pour réaliser une rotation de 180° est réalisée ce qui permet d'amener l'épaule en avant, sous la symphyse pubienne et donc son engagement.

### 5.2.3. La manœuvre de Jacquemier

Mais si au contraire l'épaule postérieure n'est pas engagée, il convient alors de réaliser la manœuvre de Jacquemier. Le professionnel à genou doit introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus dans la concavité sacrée. (Main gauche pour un dos à gauche, main droite pour un dos à droite). L'objectif est de repérer l'épaule postérieure puis d'accéder à la main fœtale pour la saisir fermement. Le professionnel retire alors progressivement et lentement son bras en entraînant la main fœtale en avant de sa face. Une rotation fœtale de 180° s'effectue alors entraînant l'épaule postérieure sous le pubis tandis que l'épaule initialement antérieure tourne en arrière et s'engage dans l'excavation pelvienne [4] [6].

En cas d'échec, l'opérateur peut décider d'une nouvelle tentative et ainsi recommencer les précédentes manœuvres. [Annexe V]

En théorie, le gynécologue obstétricien peut avoir recours à la manœuvre ultime de Zavanelli. Celle-ci consiste à fléchir la tête fœtale afin de pouvoir la réintroduire dans le vagin puis dans l'utérus. Cette manœuvre quoique citée dans les manuels d'obstétrique

n'est pas bien décrite en terme de « gestuelles » à pratiquer et reste tout à fait anecdotique. Cette action a pour finalité la réalisation d'une césarienne.

La réalisation systématique d'une épisiotomie n'est plus recommandée [27]. La dystocie des épaules est une dystocie mécanique. Une épisiotomie ne permet pas de réduire la dystocie des épaules mais de faciliter les manœuvres de l'opérateur.

Ce qui rend particulièrement stressant la situation est le risque important du retentissement sur l'enfant à naître. C'est en effet l'apparition de séquelles irréversibles qui est le plus redouté par les soignants. Egalement, le retentissement maternel est souvent conséquent avec des traumatismes périnéaux important et une augmentation du risque d'hémorragie du post partum.

## **6. Morbidités survenant lors d'une DE**

### **6.1. Morbidités néonatales**

#### **6.1.1. Lésions du plexus brachial**

La dystocie des épaules entraîne des lésions néonatales dans 22 à 41% des cas [28]. Tout d'abord, nous retrouvons fréquemment des lésions au niveau du plexus brachial. Ce dernier est un réseau de fibres nerveuses assurant l'innervation du membre supérieur. Il est constitué par les racines nerveuses C5, C6, C7, C8 et T1 [28] [Annexe VI].

Les lésions du plexus brachial sont classées selon l'atteinte des racines nerveuses, de la neuropathologie et de leur gravité. Ces lésions surviennent dans 4 à 40% des dystocies des épaules. L'élongation du plexus brachial survient dans 30 à 50% des cas en absence de dystocie des épaules [28]. Cependant, la majorité des cas d'élongations du plexus brachial ont été rapportés après un accouchement par césarienne [28].

Une lésion du plexus brachial survient généralement lors d'une traction excessive sur le cou et par un abaissement de l'épaule. Cela provoque un étirement des nerfs du plexus brachial. A l'examen clinique, le nouveau-né se présente avec un membre supérieur flasque souvent douloureux à la mobilisation.

Pour ces nouveau-nés une rééducation précoce avec un kinésithérapeute doit être mise en place dès la troisième semaine de vie afin de préserver les mobilités articulaires. Néanmoins, la gravité de la lésion s'explique notamment par son évolution qui est très variable. En effet, il peut y avoir une récupération complète du membre supérieur mais à l'opposé parfois une paralysie qui empêche tout mouvement, irréversible sans recours à la chirurgie. Il est difficile de prévoir la récupération. Les lésions neurologiques sont le plus souvent transitoires mais il existe un risque de lésions permanentes de 10 à 18% [28]. Le recours à une chirurgie nerveuse est parfois nécessaire et se réalise à partir de 3 mois.

### 6.1.2. Fractures osseuses

Chez le nouveau-né une fracture osseuse peut aussi être observée : fracture de clavicule ou de l'humérus. Elles surviennent généralement lors d'accouchements dystociques et sont associées à l'apparition d'un œdème, hématome, déformation apparente, mobilité osseuse anormale ou encore une douleur provoquée à la palpation.

La fracture de clavicule est très souvent associée à une macrosomie ou une dystocie des épaules. Mais là encore, elle peut également survenir en dehors de tout facteur de risque et dans le cadre d'une césarienne.

Le traitement consiste à immobiliser et à soulager par la prise d'antalgiques. Ces lésions sont impressionnantes mais ne provoquent généralement aucune séquelle. L'évolution est favorable en 4 semaines.

De même, des fractures de l'humérus, sont possibles et surviennent dans 4,2% des cas lors d'une dystocie des épaules. La moitié survient pourtant lors d'une césarienne [28].

### 6.1.3. L'hypoxie.

L'hypoxie fœtale se définit par une diminution de l'apport d'oxygène dans les tissus. Lorsque le fœtus est privé d'oxygène, il réorganise son métabolisme afin de préserver l'oxygénation des organes nobles tels que le cerveau, le cœur et les surrénales.

Lorsque l'asphyxie s'accroît, les mécanismes de protection n'assurent plus leur fonction ce qui entraîne à terme des troubles du rythme cardiaque fœtal [29]. L'anoxie périnatale est un stade plus grave caractérisé par l'absence d'oxygène dans les tissus entraînant parfois des séquelles neurologiques.

L'asphyxie néonatale est un diagnostic qui repose sur l'analyse de l'équilibre acido-basique d'un prélèvement sanguin au niveau de la veine ou de l'artère ombilicale. On la définit par une acidose métabolique à la naissance avec un pH inférieur à 7,00 et un déficit de base supérieur ou égal à 12 mmol/L.

Le pH diminue de 0,004 unités par minute entre l'expulsion de la tête et celle des l'épaules [30].

Selon une étude rétrospective réalisée sur la dystocie des épaules [31], lorsque le temps de la délivrance entre la tête et le corps est inférieur à cinq minutes, il existe un risque de 0,5% d'acidose et 0,5% d'encéphalopathie néonatale. Mais, si ce temps est prolongé au-delà de cinq minutes, le risque d'acidose est alors augmenté de 5,9% avec 23,5% d'encéphalopathie.

Dans de très rares cas, une dystocie vraie des épaules peut conduire au décès du nouveau-né. Il faut agir vite et effectuer les bons gestes.

## **6.2. Morbidité maternelle**

### **6.2.1. Déchirures périnéales obstétricales**

La morbidité maternelle est nettement augmentée avec une augmentation des plaies des parties molles, mais aussi une augmentation de la fréquence des césariennes, des hémorragies de la délivrance et des infections.

L'accouchement est le moment le plus à risque pour le périnée maternel qui est étiré au maximum, notamment au moment du passage de la tête fœtale. La classification du RCOG permet de décrire les déchirures périnéales. [32] [Annexe VII]

Ce qui est redouté à distance de l'accouchement est l'apparition d'une incontinence urinaire ou anale, ou encore une persistance de douleurs périnéales.

Pour prévenir de ces déchirures, la sage-femme peut décider de réaliser une épisiotomie lors de l'accouchement. Il s'agit d'une incision de la région périnéale. Ce geste qui n'est pas anodin, doit préalablement être abordé avec la patiente afin d'obtenir son consentement.

Il est important de comprendre qu'une dystocie des épaules survient par « complications osseuses ». La réalisation d'une épisiotomie ne permet pas de réduire une DE mais de faciliter les manœuvres obstétricales.

### 6.2.2. Hémorragie de la délivrance

Autre morbidité maternelle, la survenue d'une hémorragie de la délivrance. Elle se définit par une perte sanguine supérieure à 500 mL après l'accouchement. C'est l'une des complications les plus redoutées car c'est la première cause de décès maternel avec une incidence de 16% [33]. Notons que les plaies de la filière génitale sont responsables d'un cas d'HPP sur cinq.

Certains facteurs de risques de survenue d'une hémorragie de la délivrance sont similaires à la survenue d'une dystocie des épaules. L'une des étiologies principales d'hémorragie de la délivrance est une atonie utérine qui s'explique par une distension utérine provoquée par exemple par une macrosomie fœtale. L'utérus ne se rétracte pas correctement ce qui entraîne une anomalie de l'hémostase mécanique survenant après l'accouchement.

## 6.3. Aspect psychologique du couple

La survenue d'une pathologie au cours de l'accouchement nécessite concentration, rapidité et précision des gestes. Dans l'action, le stress et l'urgence, le couple est parfois écarté et la communication entre le professionnel et le couple est altérée. Tous les gestes réalisés dans l'urgence ne sont pas systématiquement expliqués au couple ce qui génère une grande inquiétude.

Il est primordial de débriefer avec le couple, de prendre le temps de les écouter et de répondre à leurs questions. Un mauvais vécu de l'accouchement peut induire une dépression du post partum ainsi qu'une anxiété lors d'une prochaine grossesse.

Il est important de discuter de ce qui vient de se produire avec le couple, immédiatement après l'accouchement puis à distance.

Il faut prendre le temps de déculpabiliser la patiente qui se sent très souvent responsable des complications de l'accouchement.

## **7. La formation des Sages-Femmes**

La prise en charge et l'accompagnement optimal du couple mère-enfant résident sur une connaissance théorique parfaite. Mais, la connaissance de l'algorithme de la dystocie des épaules ne permet pas toujours sa résolution. Dans cette situation, la maîtrise des manœuvres obstétricales est indispensable pour la résoudre.

### **7.1. La formation initiale**

La formation initiale à l'école de sages-femmes dure cinq ans et se compose de deux cycles d'études. Le premier cycle est d'une durée de trois ans, la PACES étant incluse. L'acquisition des bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique est enseignée par alternance entre des cours théoriques et pratiques.

Le deuxième cycle, d'une durée de deux ans est consacré à l'apprentissage du diagnostic et la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pratique [34].

Durant la formation de sage-femme, des cours théoriques et pratiques sont enseignés aux étudiants. Depuis quelques années, des mannequins sont mis à disposition des étudiants et très récemment des entraînements sur un logiciel de simulation (« *serious game* ») ont pu être réalisés.

Cette formation à l'avantage de permettre aux étudiants d'être rapidement sur le terrain et de pouvoir assimiler et apprendre tout en pratiquant grâce aux stages.

## **7.2. La formation continue**

Selon la définition de la HAS, le terme « simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme mannequin ou simulateur procédural), de réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » [35, 36].

Il a été montré que l'utilisation de matériel de simulation est utilisée dans de nombreux domaines et s'est avéré un élément majeur d'amélioration de la sécurité.

La formation par stimulation améliore les résultats de la prise en charge des urgences obstétricales telles que la dystocie des épaules ou l'hémorragie du post partum [37]. Par ailleurs, la dystocie des épaules fait partie des situations critiques qu'il est nécessaire d'améliorer pour la sécurité du couple mère-enfant.

Le Collège anglais, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) recommande la réalisation annuelle de séances de simulation afin de prévenir les complications de la dystocie des épaules [38].

La formation continue des sages-femmes a toujours fait partie des obligations légales comme le stipule le code de déontologie. Les protocoles changent, les connaissances se multiplient, les découvertes et l'amélioration des techniques rendent nécessaire la mise à jour de nos pratiques quotidiennes.

Par ailleurs, tous les protocoles de clinique, régulièrement mis à jour doivent être mis à disposition du personnel soignant.

## **7.3. Le développement professionnel continu**

Selon la loi du 8 juillet 2016, chaque professionnel de santé doit suivre un parcours de DPC (développement professionnel continu) sur trois ans. L'agence nationale du DPC assure le pilotage pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers mais aussi les libéraux et autres salariés de France.

Les objectifs sont d'évaluer les organismes de structures afin de garantir une qualité scientifique et pédagogique des actions et des programmes de DPC proposés.

En bref, le DPC permet l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances de chacun, la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé [39]. Un moteur de recherche est mis à la disposition de chaque professionnel, lui permettant d'avoir accès à toutes les formations officielles reconnues par l'agence nationale de DPC.

Parallèlement, « Gynerisq », qui est une base de données créée en 2007 à partir des accidents déclarés par les professionnels, a été agréée par l'HAS. Il s'agit de dossiers accessibles uniquement aux professionnels de santé. Cet organisme permet de recueillir sous forme de « fiches gynerisq'attitudes » les événements complexes rencontrés par les gynécologues obstétriciens. Ces événements sont analysés pour rechercher les facteurs de risques et les moyens de prévention qui peuvent être mis en place.

Gynerisq se concentre sur les situations pathologiques prioritaires comme la dystocie des épaules et permet aux professionnels d'appréhender la situation.

Le travail et les exercices réalisés par la simulation concernent les compétences techniques mais également le versant non technique, notamment la prise de décision et l'analyse de la situation.

Tout ceci ne peut pas se mettre en place sans une évaluation de nos pratiques quotidiennes et sans l'évaluation des situations parfois dramatiques auxquelles nous participons. La simulation est une méthode pédagogique qui permet de regrouper plusieurs professionnels de santé de diverses spécialités.

#### **7.4. L'analyse des événements exceptionnels et l'interprofession**

Le terme interprofessionnel est relatif aux relations entre diverses professions. En santé, plusieurs spécialités médicales mais aussi paramédicales travaillent ensemble pour offrir au patient une continuité dans les soins. C'est une collaboration interprofessionnelle. L'objectif est d'améliorer la qualité et surtout la sécurité des soins.

L'équipe du secteur de naissance est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Une connaissance parfaite de l'organisation entre toutes ces spécialités ainsi qu'une très grande collaboration et entente sont indispensables à la bonne prise en charge globale d'une femme et du couple mère/enfant.

Toute cette gestion est instituée dans la qualité et la sécurité des soins.

Il existe dans chaque établissement de santé, un STAFF. Temps de paroles permettant d'échanger en équipe et d'analyser les accouchements des 24 dernières heures, il permet également de discuter des dossiers complexes de femmes enceintes en vue d'établir une prise en charge optimale. Cela permet l'identification des dysfonctionnements et des écarts au regard des protocoles et le rappel des bonnes pratiques. Il est recommandé qu'au moins l'ensemble de l'équipe médicale y participe. Mais le personnel paramédical peut y être également convié, ce qui fait la richesse de ces temps de paroles.

L'identification, l'analyse et le signalement des événements porteurs de risques (EPR) entrent dans une logique d'apprentissage collectif mais également de formation continue personnelle et permet de progresser et non de sanctionner les personnes imputables [40].

L'enseignement et l'entraînement en équipe et parfois avec diverses spécialités sont très utiles pour considérer les différents processus de raisonnement.

### **7.5. Evaluation de l'évènement exceptionnel *a posteriori***

Les erreurs les plus souvent commises sont associées à un défaut de raisonnement et non à un manque de connaissances. Les biais cognitifs influencent fortement notre raisonnement et les décisions que nous devons prendre.

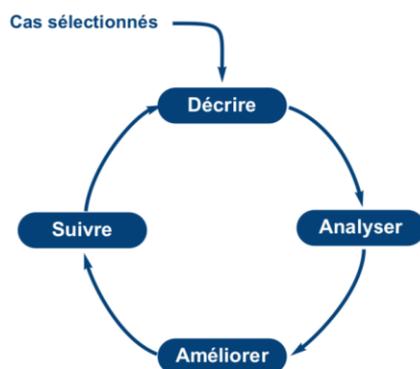
Les connaissances et surtout l'expérience permet d'utiliser un système d'analyse plus rapide et intuitif tandis que les personnes peu habituées à une situation vont fonctionner avec un système d'analyse plus lent, conscient et progressif.

Il est important de pouvoir reparler avec l'équipe médicale du dossier et de la situation dans la salle de naissance. L'équipe médicale est souvent « prise dans l'action » et fait abstraction de ce qui est autour.

L'échange a posteriori de la situation est primordial entre les différents professionnels de santé. L'analyse de la complication et l'identification des facteurs qui ont pu contribuer à son apparition est indispensable. C'est un outil formeur qui permet d'améliorer nos pratiques.

Dans certains établissements de santé, le secteur de naissances dispose d'un recueil des EPR, des dysfonctionnements signalés et d'un bilan des revues de morbidité et mortalité (RMM).

La RMM est qualifiée selon l'HAS comme « l'analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins » [41]. Ainsi, la dystocie des épaules entre parfaitement dans les critères d'études de la RMM.



Selon l'HAS la RMM est une méthode de choix à privilégier au sein d'un service et doit être inscrite dans la gestion de la qualité des risques de chaque établissement de santé. Elle peut également être utilisée dans le cadre d'une simulation.

Dans une réunion, un exercice de simulation, ou encore une RMM, l'organisation peut être confiée à un médecin expérimenté, volontaire et impliquer l'organisation du secteur de naissances.

Dans la qualité de la gestion des risques nous pouvons également citer le comité de retour d'expérience (CREX). En effet, CREX est une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire dont le principal objectif est d'analyser les expériences rencontrées sur le terrain pour améliorer les pratiques.

Chaque situation à laquelle un professionnel de santé doit faire face est enrichissante pour sa pratique professionnelle. Elle permet d'accueillir de la dextérité et d'approfondir ses connaissances.

Le CREX et les RMM s'articulent parfaitement entre eux et sont complémentaires. En effet, le CREX travaille à partir de précurseurs afin d'éviter un accident et la RMM travaille à partir de l'accident afin d'en éviter sa reproductibilité [42].

### **III. Matériel et Méthodes**

#### **1. Problématique et hypothèses**

La dystocie des épaules fait partie des pathologies graves de l'accouchement redoutées des professionnels.

**Qu'en est-il des connaissances de la sage-femme sur la dystocie des épaules ?  
Quelle place cette pathologie tient-elle dans la formation initiale et continue ?**

De cette problématique découlent plusieurs hypothèses :

- Du fait de rareté de cette pathologie, la sage-femme n'a pas un bon niveau de connaissances sur la dystocie des épaules.
- L'enseignement théorique et l'entraînement des manœuvres de résolution de la dystocie des épaules sont insuffisants dans la formation initiale et continue.
- La mise en place de nouveaux outils aiderait les sages-femmes à sentir plus à l'aise et à mieux appréhender la dystocie des épaules.

#### **2. Objectifs et perspectives de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer auprès des sages-femmes de Haute-Normandie leurs connaissances et acquis au sujet de la dystocie des épaules.

L'objectif secondaire est d'avoir une vue sur les moyens qui ont été mis en place durant la formation initiale et les moyens qui sont mis en place par la suite pour permettre

aux sages-femmes de continuer leur formation sur la dystocie des épaules tout au long de leur carrière.

L'objectif final de cette étude serait de proposer la mise en place d'interventions et de simulations supplémentaires lors de la formation initiale des futures sages-femmes et de leur proposer ensuite des interventions de groupes afin d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances professionnelles durant leur carrière.

### **3. Méthodologie employée**

#### **3.1. Outils de l'enquête**

L'étude a été réalisée par une enquête rétrospective et quantitative auprès d'une cohorte de sages-femmes. Le choix du support s'est porté sur un questionnaire anonyme comportant des questions ouvertes, des questions fermées ainsi que des questions à choix multiples.

Le questionnaire a été construit sur une base de cinq grandes parties :

- Généralités : trois questions générales ont été posées afin de définir le profil de la sage-femme.
- Expériences professionnelles : l'objectif était de savoir si la sage-femme avait déjà été confrontée à une DE au cours de sa carrière.
- Les connaissances sur la DE : nous avons posé 15 questions théoriques avec des réponses basées sur la littérature récente. Nous avons donné un point par bonne réponse. Après avoir obtenu les données de notre questionnaire, nous avons décidé d'annuler l'affirmation 3 du Vrai/Faux qui semblait être litigieuse. Ainsi, chaque sage-femme a reçu une note sur 14, puis remise sur 10 pour des questions de facilité. Un résultat supérieur à 7/10 est synonyme de bon niveau de connaissance.
- La formation initiale : l'objectif était de recueillir les points positifs mais également les critiques de la formation sur la DE à l'école de sage-femme.

- La formation continue : l'objectif était d'effectuer un état des lieux des moyens mis en place pour faciliter la remise à niveau des connaissances sur la dystocie des épaules.

Parmi nos 15 questions théoriques, l'affirmation « *si la rotation de restitution n'est pas spontanée lors du dégagement de la tête fœtale, il faut la réaliser* », manquait de précision, c'est pourquoi nous avons décidé de l'annuler.

Spontanée dans la majorité des accouchements, il arrive que la rotation de restitution n'ait pas lieu. Dans ce cas, c'est uniquement en la réalisant que les épaules qui étaient initialement dans un diamètre oblique vont passer dans un diamètre vertical. Il faudra néanmoins être attentif car la réalisation de la rotation de restitution peut entraîner des traumatismes fœtaux si les épaules ne sont pas dans un bon axe.

### **3.2. Démarche et déroulement de l'enquête**

L'enquête a été réalisée entre le 1<sup>er</sup> décembre 2019 et le 1<sup>er</sup> Avril 2020 à l'aide d'un questionnaire distribué auprès des sages-femmes cliniciennes des secteurs public et privé effectuant des gardes en salle de naissance chaque année.

#### Critères d'inclusions :

- Sages-femmes cliniciennes et hospitalières.
- Exerçant en Haute-Normandie
- Effectuant au moins une garde en salle de naissance dans l'année.
- Toutes années d'obtention du diplôme.

#### Critères d'exclusions :

- Sages-femmes n'effectuant pas de garde en salle de naissance dans l'année.
- N'exerçant pas en Haute-Normandie

Le questionnaire [Annexe VIII] a préalablement été écrit à l'aide du traitement de texte *Word*. Il a été par la suite validé par Mme. DARCET, guidante de ce mémoire et Mr. DIGUET, directeur de ce mémoire.

L'étude a été préalablement testée auprès de 5 sages-femmes exerçant en dehors des maternités de Haute-Normandie, afin de recueillir les critiques et de pouvoir réajuster les éventuels problèmes. Aucune modification n'a été apportée.

Par facilité et afin d'optimiser le pourcentage de réponses, le questionnaire a été réalisé en format numérique grâce au logiciel *Framaforms*. Ce logiciel a permis un recueil de données dans le respect de la confidentialité. Ainsi, après accord des coordinatrices en Maïeutique, un lien électronique renvoyant au questionnaire en ligne, a été envoyé sur les boîtes mails de toutes les sages-femmes des maternités de Haute-Normandie. Il a bien été spécifié, conjointement au lien électronique les critères d'exclusions.

Il a été proposé à 5 maternités de niveau I : Fécamp, Gisors, Lillebonne, Vernon et le HPE Havre, 5 maternités de niveau II : Evreux, Elbeuf, Dieppe, le Belvédère et la clinique Mathilde et 2 maternités de niveau III : le CHU de Rouen et le Centre Hospitalier Monod du Havre.

Le questionnaire a été proposé à toutes les maternités afin d'optimiser le nombre de réponses et de diversifier les niveaux de maternités. La maternité d'Elbeuf et la maternité de Dieppe n'ont pas donné suite aux mails tandis que la maternité de la clinique Mathilde a préféré l'utilisation d'un questionnaire en format papier.

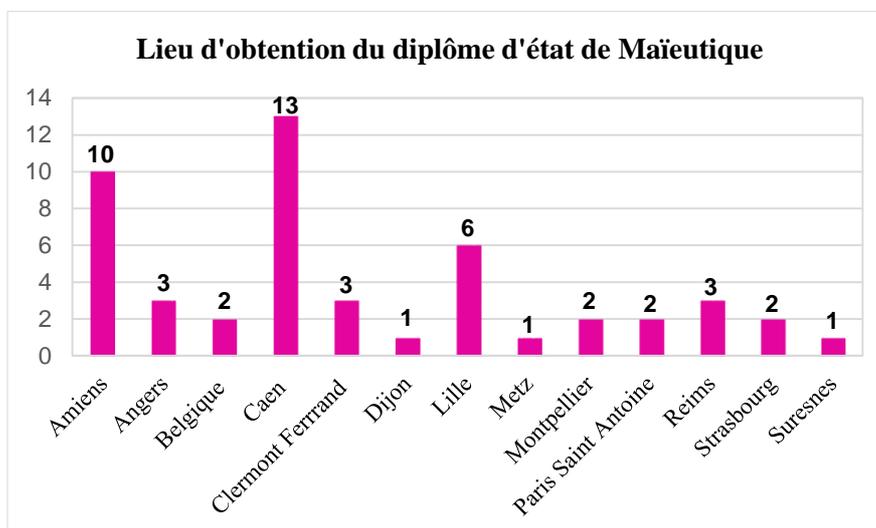
Ainsi, 10 maternités sur les 12 sollicitées ont répondu favorablement à notre demande.

Les données obtenues ont été saisies dans un tableau numérique, *Excel* afin de pouvoir les analyser et réaliser des graphiques explicatifs. Nous avons utilisé le logiciel *BiostatTGV* afin d'analyser certaines données de notre étude. Les tests statistiques étaient des tests simples, utilisant le  $\chi^2$  afin de tester l'indépendance entre deux variables.

## IV. Résultats

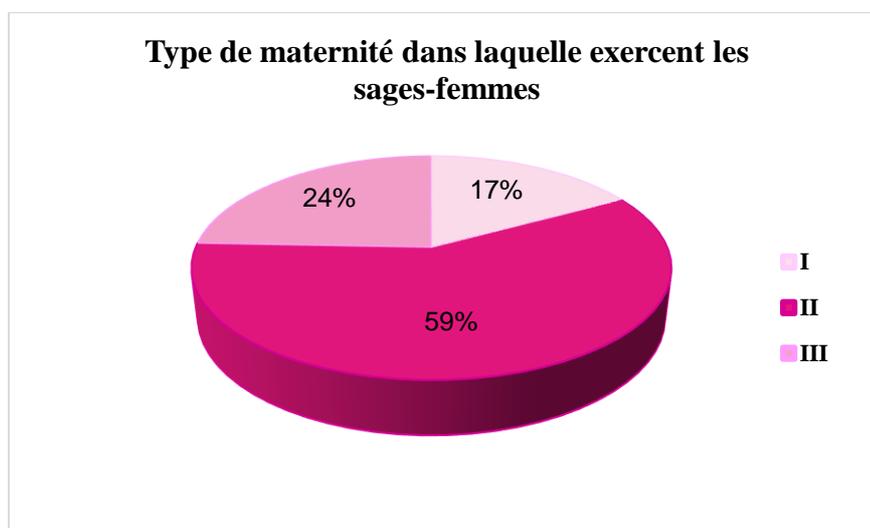
### 1. Généralités

Notre étude a permis d'établir un échantillon de 123 sages-femmes (N=123), ayant obtenues leur diplôme d'état entre 1984 et 2019.



**Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon le lieu d'obtention du diplôme d'Etat de Maïeutique, en dehors de la ville de Rouen.**

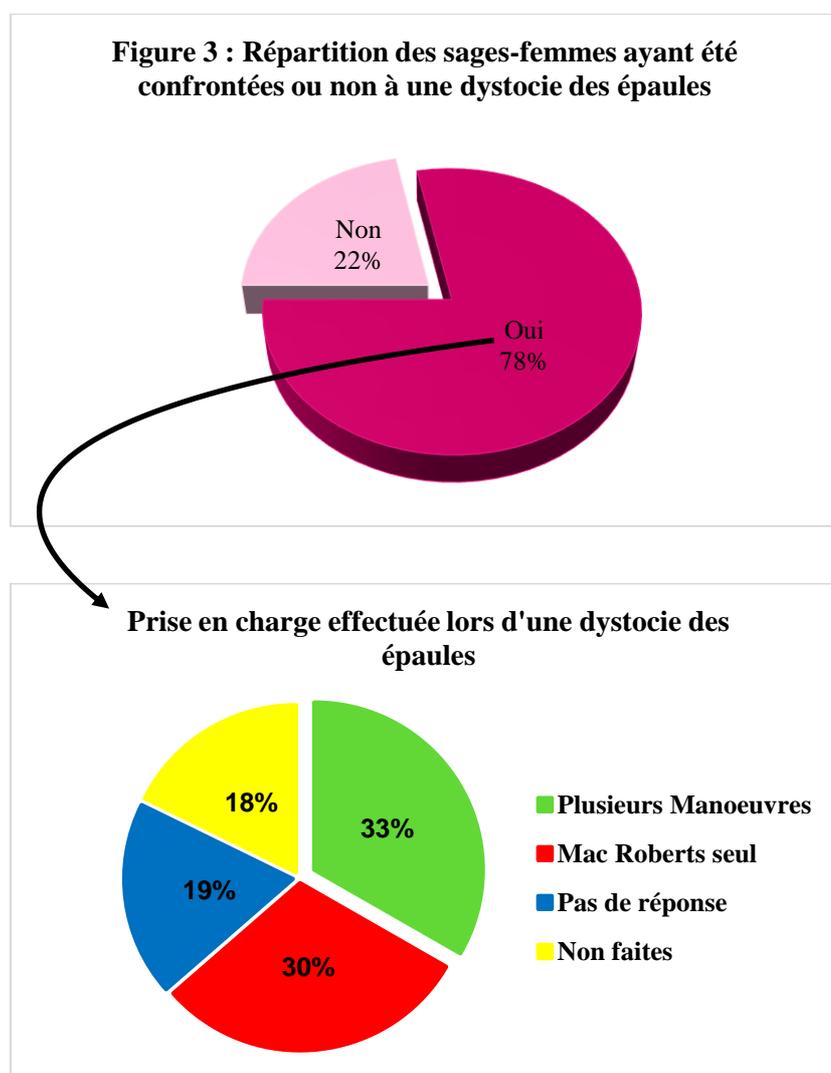
Parmi notre population, 60,2 % (N = 74) a réalisé sa formation initiale à Rouen tandis que 39,8% (N=49) a obtenu son diplôme d'état de science Maïeutique dans une autre ville de France ou en Belgique.



**Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon le type de la maternité dans laquelle elles travaillent.**

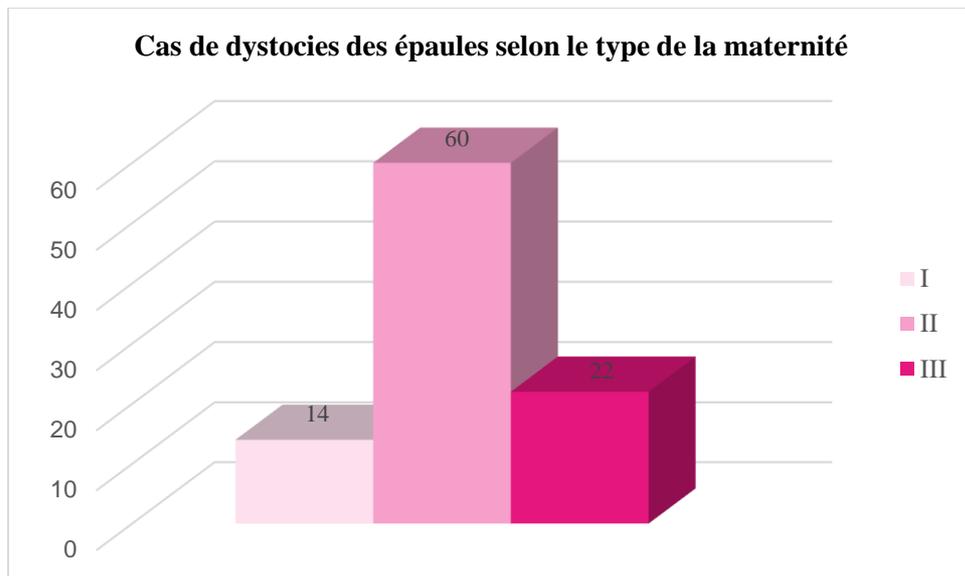
Concernant le niveau de maternité dans laquelle notre population de sages-femmes travaille actuellement, 17,1% (N=21) sont dans un niveau I, 58,5% (N=72) dans un niveau II et 24,4% (N=30) dans un niveau III.

## 2. Expériences



**Figure 4 : Répartition de la prise en charge effectuée lors d'une dystocie des épaules.**

La majorité des sages-femmes interrogées, soit 78% (N= 96) a déjà été confrontée au cours de leur carrière à une DE. Nous les avons ensuite interrogées sur les manœuvres qu'elles avaient effectuées afin de résoudre cette pathologie : 33% (N =32) ont effectué un enchaînement de manœuvres (Mac Robert ; Wood inversé ; Jacquemier), 30% (N=29) ont résolu la dystocie des épaules par la manœuvre de Mac Roberts et 18% (N = 17) n'ont pas réalisé les manœuvres lorsqu'elles ont fait face à une dystocie des épaules.



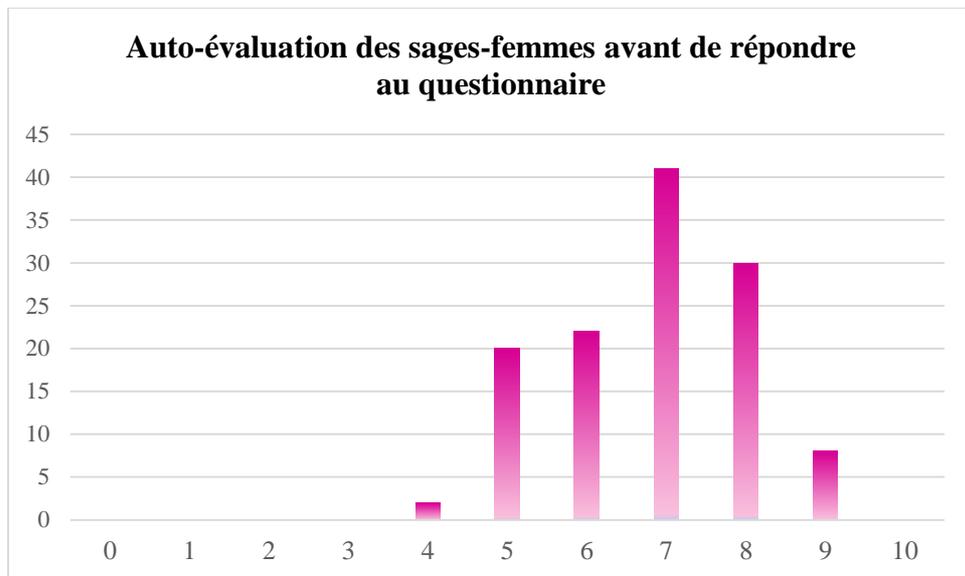
**Figure 5 : Répartition des cas de dystocie des épaules selon le niveau de la maternité.**

Parmi les 78 % de sages-femmes ayant été confrontées à une dystocie des épaules, 14,6% (N=14) travaillent dans un niveau 1, 62,5 % (N=60) travaillent dans un niveau 2 et 22,9% (N=22) sont dans une maternité de niveau 3.

### **3. Connaissances sur la dystocie des épaules**

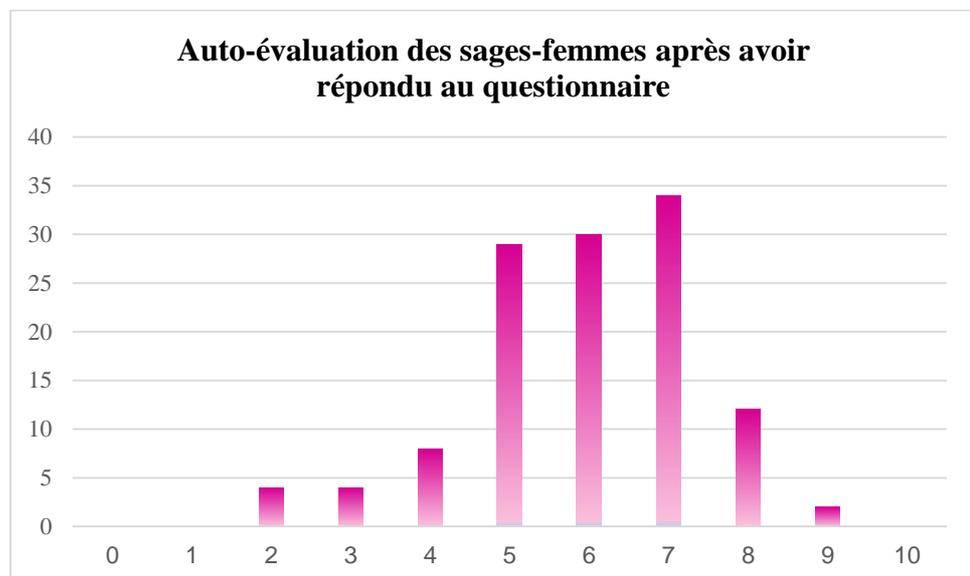
#### **3.1. Auto-évaluation des sages-femmes**

Nous avons dans un premier temps demandé aux sages-femmes de **s'auto-évaluer** sur leurs connaissances théoriques de la dystocie des épaules avant de répondre au test de connaissances. Ainsi chacune devait donner une note entre 0/10 (*pas de connaissance*) et 10/10 (*toutes les connaissances*). La même question a été posée après avoir répondu au test de connaissances.



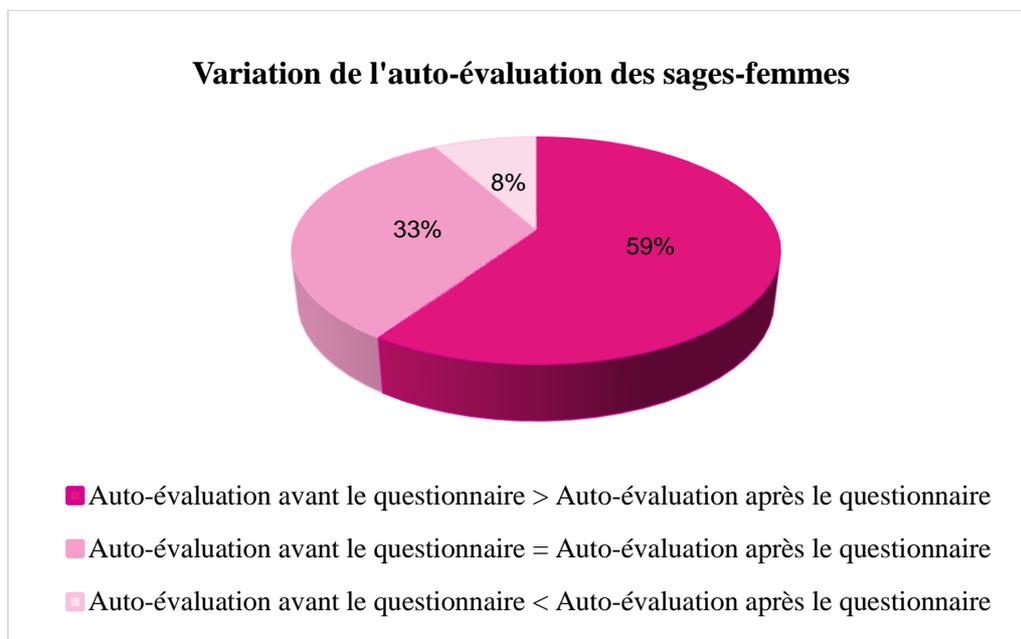
**Figure 6 : Auto-évaluation des sages-femmes sur leurs connaissances théoriques avant d’avoir répondu au test de connaissances.**

Après avoir recueilli toutes les auto-évaluations, nous avons une moyenne générale de **6,82** avec 98,4% (N=121) des sages-femmes s’étant attribuées une note supérieure à la moyenne. Et seulement **1,6%** (N=2) sages-femmes se sont attribuées la note de 4/10.



**Figure 7 : Auto-évaluation des sages-femmes sur leurs connaissances théoriques après avoir répondu au test de connaissances.**

Après avoir recueilli toutes les auto-évaluations, nous avons une moyenne générale de **5,93** avec 87 % (N=107) des sages-femmes s'étant attribuées une note supérieure à la moyenne et **13%** (N=16) se sont attribuées une note inférieure à 5/10.



**Figure 8 : La variation de l'auto-évaluation des sages-femmes avant et après avoir répondu au test de connaissances.**

Parmi les sages-femmes interrogées, 59% (N=73) semblent s'être surestimées lors de la première auto-évaluation des connaissances et s'attribuent ainsi une note inférieure après avoir répondu au questionnaire. Tandis que 8% (N=10) des sages-femmes au contraire pensent avoir sous-estimé leur niveau de connaissances et s'attribuent ainsi une note supérieure à la première auto-évaluation.

### **3.2. Les questions théoriques**

15 questions théoriques ont été posées aux sages-femmes. Nous leur avons tout d'abord demandé de cocher parmi une liste de facteurs de risques, ceux qui sont toujours présents dans la survenue d'une dystocie des épaules.

La réponse étant « aucun », 39,8 % (N=49) de notre population a répondu juste contre 60,2 % (N= 74) de mauvaises réponses.

Ensuite, nous avons demandé aux sages-femmes de numéroter cinq actions dans l'ordre selon l'algorithme de prise en charge de la dystocie des épaules. Nous avons donné 1 point lorsque l'enchaînement était cohérent, ainsi plusieurs réponses étaient possibles. Parmi les sages-femmes interrogées, 34,1 % (N = 42) ont répondu juste, contre 65,9% (N=81) de mauvaises réponses.

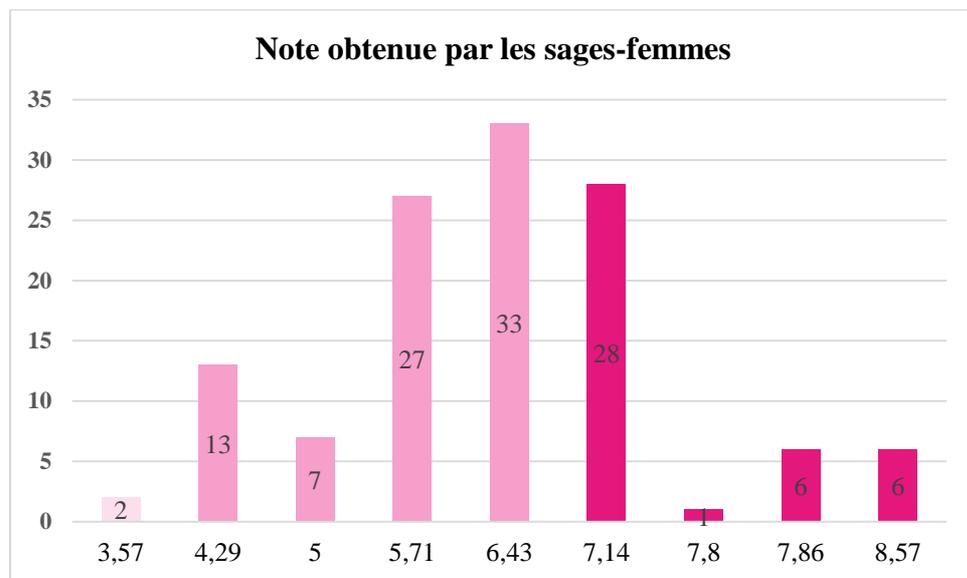
	<b>Vrai ou faux (N=123)</b>	<b>Réponses</b>	<b>Taux de réponses justes</b>
<b>1</b>	L'absence de l'épaule postérieure dans l'excavation pelvienne permet de différencier une dystocie des épaules d'une difficulté aux épaules.	VRAI	<i>N = 96</i> <b>78,0 %</b>
<b>2</b>	Lors d'une difficulté aux épaules, l'épaule postérieure est absente dans l'excavation pelvienne.	FAUX	<i>N = 90</i> <b>73,2 %</b>
<b>3</b>	Si la rotation de restitution n'est pas spontanée lors du dégagement de la tête fœtale, il faut la réaliser.		<i>Annulée</i>
<b>4</b>	Une dystocie des épaules peut se résoudre uniquement par la manœuvre de Mac Roberts.	FAUX	<i>N = 82</i> <b>66,7 %</b>
<b>5</b>	La manœuvre de Mac Roberts consiste à effectuer une hyper flexion des cuisses de la patiente accompagnée d'une pression du fond utérin.	FAUX	<i>N = 98</i> <b>79,7 %</b>
<b>6</b>	La manœuvre du Wood inversée consiste à introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus (main droite pour un dos à droite et main gauche pour un dos à gauche). Une rotation axiale de 180° permettant d'amener l'épaule postérieure en antérieur et ainsi permettre à l'épaule initialement antérieure de passer le détroit supérieur.	FAUX	<i>N = 55</i> <b>44,7 %</b>
<b>7</b>	La manœuvre de Jacquemier consiste à introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus dans la concavité sacrée (main gauche pour un dos à gauche et main droite pour un dos à droite). Il faut repérer l'épaule postérieure puis accéder à la main fœtale pour la saisir. Il faut ensuite retirer progressivement son bras en entraînant la main fœtale en avant de sa face. Une rotation fœtale de 180° s'effectue alors entraînant l'épaule postérieure sous le pubis tandis que l'épaule initialement antérieure tourne en arrière et s'engage dans l'excavation pelvienne.	VRAI	<i>N = 106</i> <b>86,2 %</b>

	<b>Vrai ou faux (N=123)</b>	<b>Réponses</b>	<b>Taux de réponses justes</b>
<b>8</b>	Lors d'une dystocie des épaules, les lésions du plexus brachial surviennent lors d'une traction excessive sur le cou et par abaissement de l'épaule.	VRAI	<i>N = 109</i> <b>88,6 %</b>
<b>9</b>	Les véritables cas d'élongation du plexus brachial ont été rapportés après une césarienne et non une dystocie des épaules.	VRAI	<i>N = 22</i> <b>17,9 %</b>
<b>10</b>	L'asphyxie néonatale se définit par une acidose métabolique à la naissance avec un pH inférieur à 7 et un déficit de base supérieure à 12 mmol/L.	VRAI	<i>N = 99</i> <b>80,5 %</b>
<b>11</b>	La réalisation d'une épisiotomie devrait être systématique lors d'une dystocie des épaules.	FAUX	<i>N = 97</i> <b>78,9%</b>
<b>12</b>	L'épisiotomie peut réduire une dystocie des épaules.	FAUX	<i>N = 111</i> <b>90,2 %</b>
<b>13</b>	Les erreurs commises dans la prise en charge d'une dystocie des épaules sont le plus souvent associées à un manque de connaissances.	FAUX	<i>N = 21</i> <b>17,1 %</b>

**Tableau 1 : Réponses aux questions Vrai/faux de l'enquête**

Trois affirmations de ce Vrai/Faux n'ont pas été réussies, avec un taux de réponses justes variant entre 17,1% et 44,7%. Pour les 10 autres affirmations, le taux de bonnes réponses est supérieur à 66,7%.

### 3.3. Notes obtenues par les sages-femmes

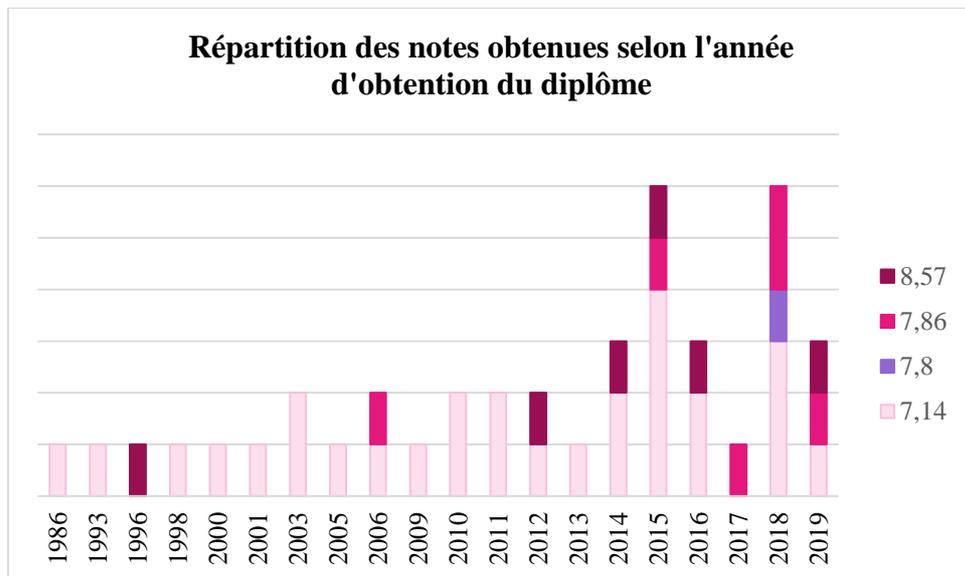


**Figure 9 : Répartition des notes obtenues par les sages-femmes après avoir répondu au test de connaissances.**

Comme nous l'avons expliqué plus haut, nous avons compté un point par réponses correctes. Les sages-femmes ont obtenu une **moyenne de 6,26/10**. 60,2% (N=74) ont obtenu une note supérieure à la moyenne générale de la population et 39,8 % (N= 49) ont obtenu une note inférieure à la moyenne générale.

Nous avons considéré comme ayant un mauvais niveau de connaissances, les sages-femmes ayant obtenu(e)s une note entre (0-4), un niveau de connaissances moyen, les sages-femmes ayant obtenu(e)s une note entre (4-7) et les sages-femmes ayant obtenu(e)s une note entre (7-10) sont considérés comme ayant un bon niveau de connaissances.

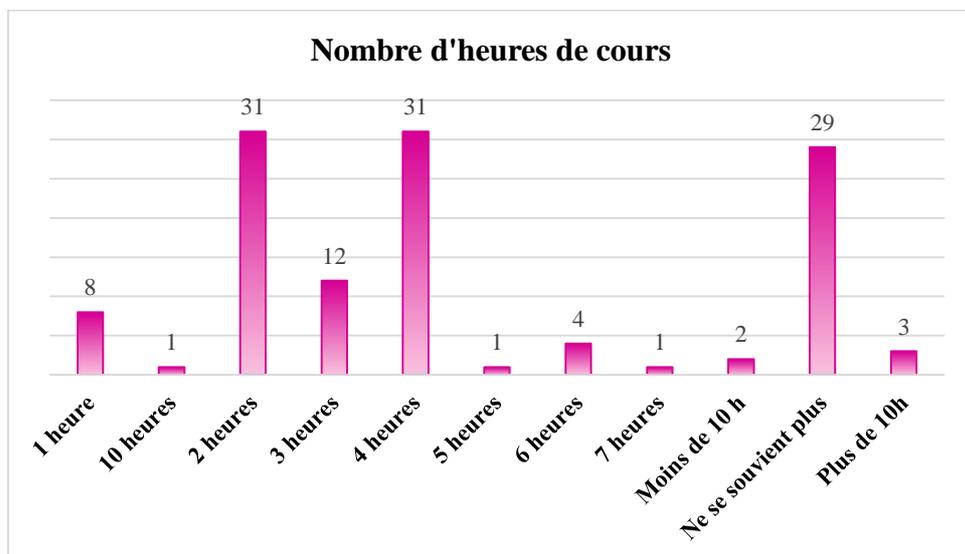
Ainsi, **33% (N=41) des sages-femmes interrogées ont un bon niveau de connaissances, 65% (N=80) ont un niveau de connaissances moyen et 2% (N=2) ont un mauvais niveau de connaissances sur la dystocie des épaules.**



**Figure 10 : Répartition des meilleures notes obtenues au test de connaissances selon l'année d'obtention du diplôme d'état.**

Les sages-femmes ayant obtenues leur diplôme récemment ont tendance à obtenir une meilleure note au test de connaissances que les sages-femmes exerçant depuis plusieurs années.

#### 4. Formation initiale

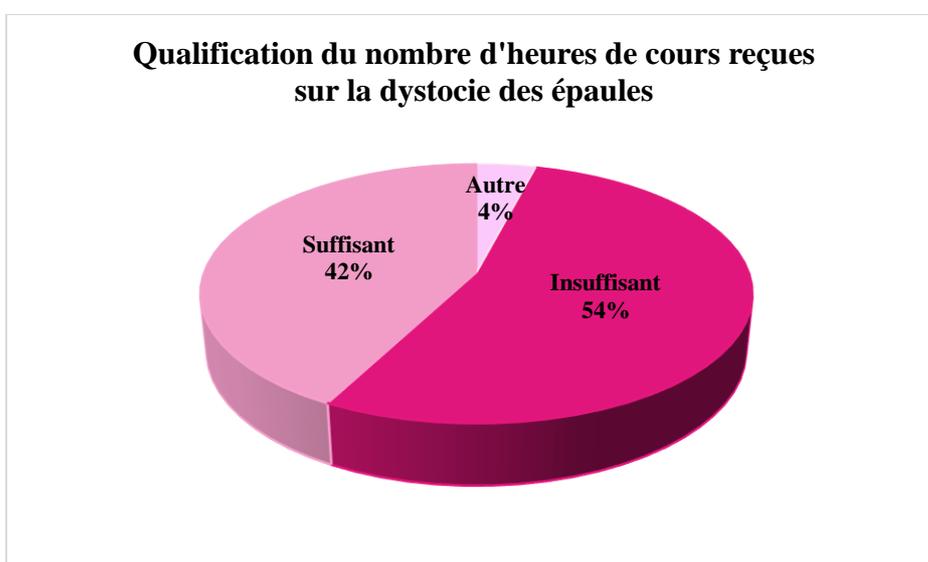


**Figure 11 : Répartition du nombre d'heures de cours sur la dystocie des épaules qui a été dispensé durant la formation initiale.**

Le nombre d'heures de cours reçues et dispensées sur la dystocie des épaules durant la formation initiale est hétérogène avec une prédominance pour la catégorie « 2heures » et « 4heures ».

Parmi les sages-femmes, 25% (N=31) ne se souviennent plus exactement du nombre d'heures de cours reçues et dispensées, tandis que pour 67% d'entre elles, le volume horaire est inférieur à 4heures

Selon notre échantillon, le nombre d'heures de cours reçues et dispensées durant la formation initiale sur la dystocie des épaules, varie d'une région à une autre mais également au sein d'une même région.



**Figure 12 : Qualification du nombre d'heures de cours reçues et dispensées sur la dystocie des épaules durant la formation initiale.**

Pour 54% (N=66) des sages-femmes interrogées le nombre d'heures de cours sur la dystocie des épaules est insuffisant, contre 42% (N=52) qui l'estiment suffisant.

	Note obtenue < 6,26/10	Note obtenue > 6,26/10	Total
<b>Heures de cours inférieures à 4heures</b>	<i>N=17</i>	<i>N=34</i>	51
Effectif attendu	17,185	33,815	
<b>Heures de cours supérieures ou égales à 4heures</b>	<i>N=14</i>	<i>N=27</i>	41
Effectif attendu	13,815	27,185	
<b>Total</b>	31	61	92

**Tableau 2 : Test d'indépendance des heures de cours reçues pendant la formation initiale et la note obtenue au test de connaissances, par le test du Khi2**

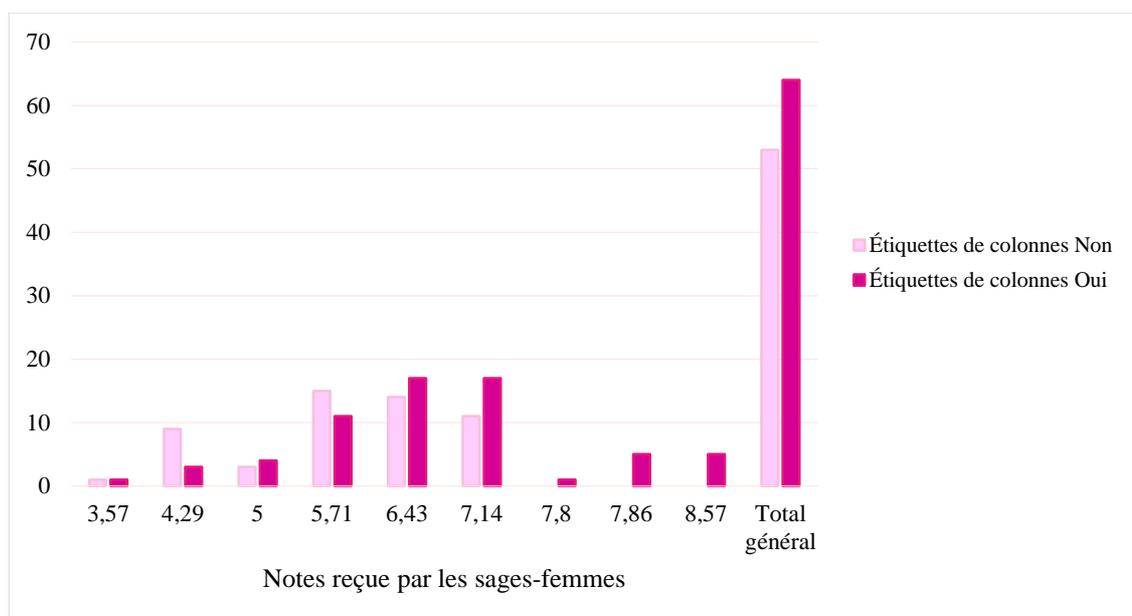
Nous avons utilisé le test du Khi2 afin de pouvoir comparer nos données. Nous voulions savoir si le nombre d'heures de cours influe sur la note obtenue à la suite du contrôle de connaissance. Nous avons exclu les 31 sages-femmes qui ne se souvenaient plus du nombre d'heures de cours reçues, donc  $N = 92$ .

Nous avons fixé le seuil de signification ou valeur critique de la variable Khi2 à  $p = 0,05$  pour ce test.

Lorsque la valeur  $p$  est supérieure à 0,05, nos deux variables sont indépendantes. L'indépendance de nos deux variables est calculée via l'hypothèse nulle  $H_0$ . Pour ce test, la valeur  $p = 0,93$  soit supérieur au seuil de signification.

**Les notes obtenues au test de connaissances ne sont pas liées au nombre d'heures de cours reçues et dispensées sur la DE lors de la formation initiale.**

52,0% ( $N=64$ ) de la population interrogées ont eu à disposition des mannequins lors de leur formation à l'école de sage-femme, contre 43,1% ( $N=53$ ) qui n'ont pas eu y avoir accès.



**Figure 13 : Comparaison des notes obtenues par les sages-femmes et la mise à disposition de mannequins durant la formation initiale.**

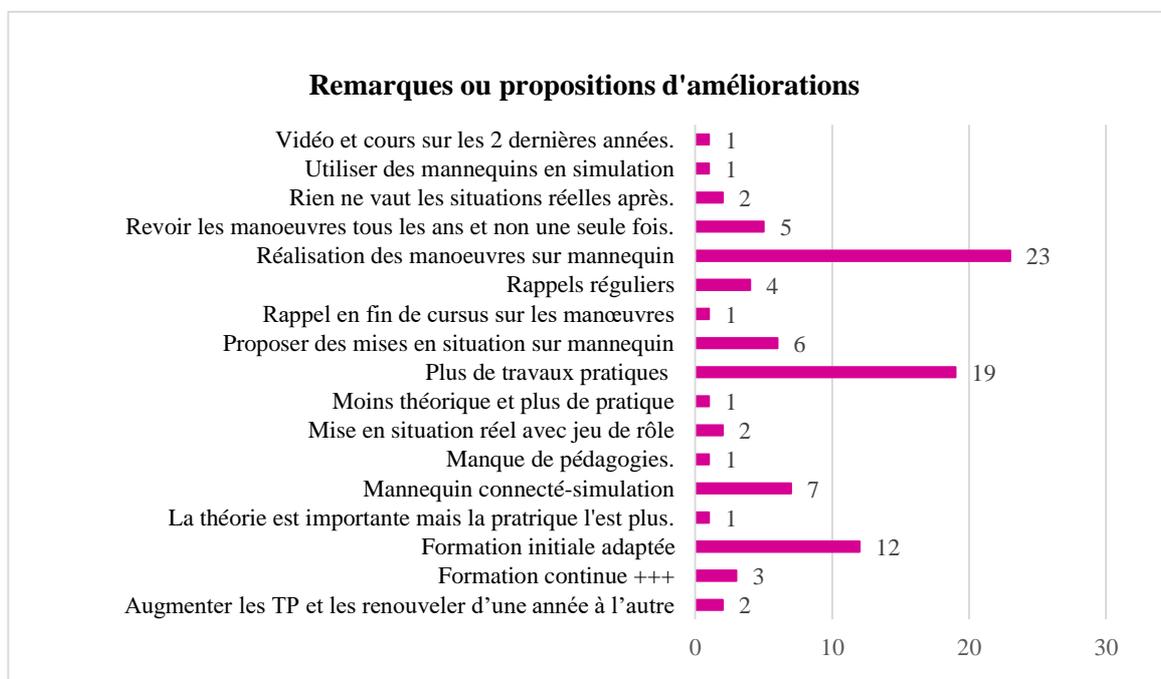
	Note obtenue < 6,26/10	Note obtenue > 6,26/10	Total
<b>Mise à disposition de mannequin</b>	N=19	N=45	N=64
Effectif attendu	25,709	38,291	
<b>Pas de mannequins à disposition</b>	N=28	N=25	N=53
Effectif attendu	21,291	31,709	
<b>Total</b>	N=47	N=70	N=117

**Tableau 3 : Test d'indépendance de la mise à disposition de mannequins pendant la formation initiale et la note obtenue au test de connaissances, par le test du Khi2.**

Nous avons fixé le seuil de signification ou valeur critique de la variable Khi2 à  $p = 0,05$  pour ce test.

Lorsque la valeur  $p$  est supérieure à 0,05, nos deux variables sont indépendantes. L'indépendance de nos deux variables est calculée via l'hypothèse nulle  $H_0$ . Pour ce test, la valeur  $p = 0,011$  soit inférieure au seuil de signification. Nous devons donc rejeter l'hypothèse nulle, ce qui signifie que nos deux variables sont liées.

**La mise à disposition de mannequins afin de s'entraîner sur les manœuvres obstétricales de la dystocie des épaules semble influencer sur les notes reçues par les sages-femmes lors du test de connaissances en augmentant leur résultat.**

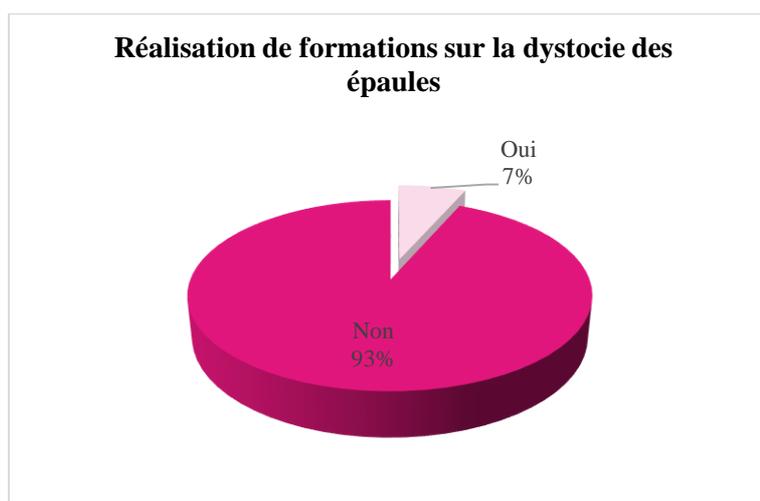


**Figure 14 : Les remarques et propositions d'améliorations concernant la formation initiale sur la dystocie des épaules.**

Parmi les sages-femmes, 26% (N=32) n'ont pas émis de remarques ou de propositions d'améliorations de la formation initiale tandis que 10% (N=12) estiment qu'elle est adaptée et complète.

42% (N=52) proposent de réaliser les manœuvres obstétricales sur des mannequins, et d'avoir plus de pratiques avec des mises en situations, des jeux de rôle. 11% (N=13) soulignent l'importance de revoir régulièrement cette pathologie et cela d'une année d'étude à l'autre.

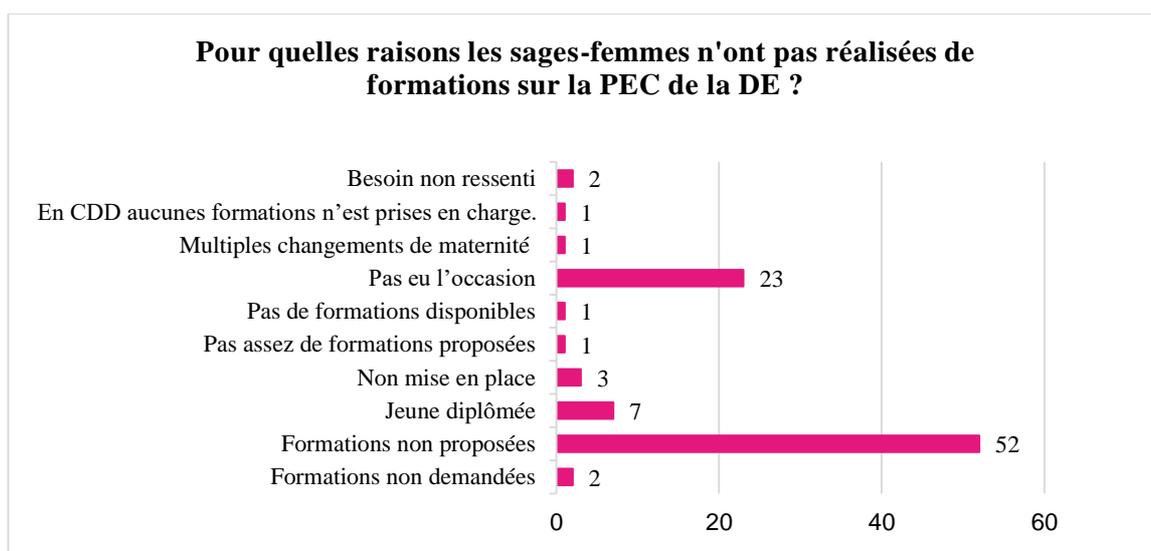
## 5. La formation continue



**Figure 15 : Répartition des sages-femmes selon la réalisation de formations sur la dystocie des épaules.**

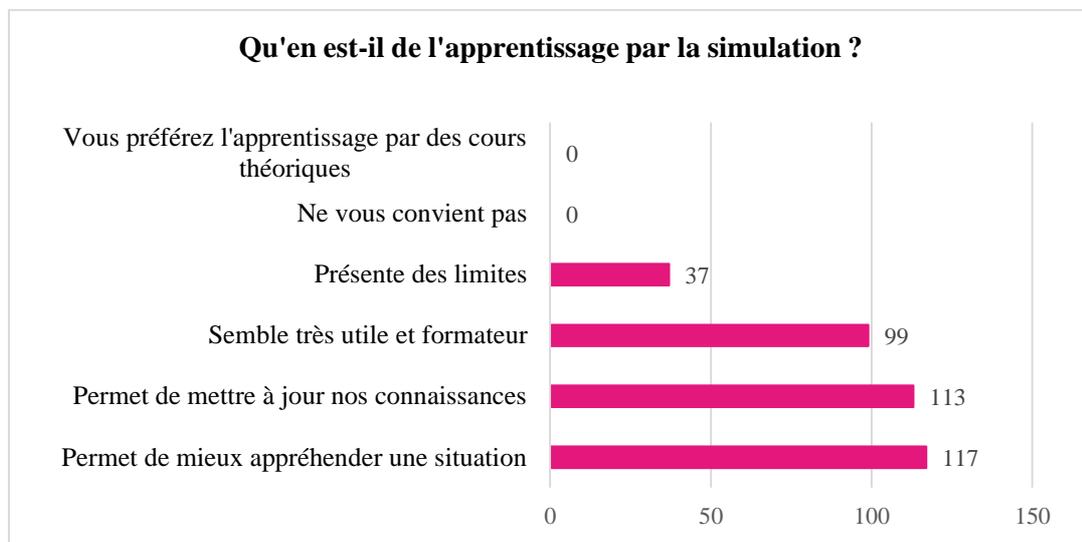
Concernant notre population, 93% (N=115) des sages-femmes n'ont jamais participé à des formations sur la prise en charge de la dystocie des épaules. 7% (N=8) ont pu assister à des formations au travers d'ateliers vidéos ou d'ateliers aux Assises Nationales des Sages-femmes.

Parmi les 8 personnes ayant effectué une formation, 3 sages-femmes ont trouvé cela utile tandis que les 5 autres sages-femmes ont trouvé cela peu adapté à cette pathologie.



**Figure 16 : Répartitions des raisons pour lesquelles les sages-femmes n'ont pas effectuées de formations sur la dystocie des épaules.**

Au cours de leur carrière, 42% (N=52) n'ont pas participé à des formations sur la dystocie des épaules car la formation ne leur a pas été proposée.

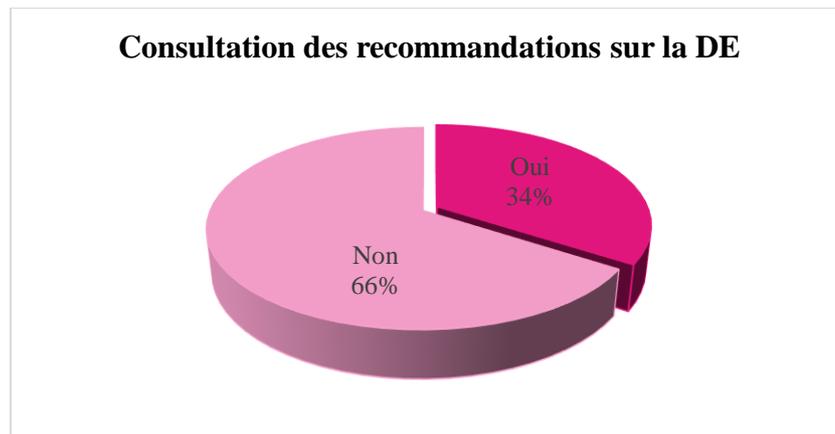


**Figure 17 : Ce que pensent les sages-femmes de l'apprentissage par la simulation.**

L'apprentissage par la simulation semble apprécié puisque 95% (N=117) affirment qu'il permet de mieux appréhender une situation, 92% (N=113) qu'il permet de mettre à jour nos connaissances et 80% (N=99) estiment que l'apprentissage par la simulation est très utile et formateur.

30% (N=37) pensent néanmoins que l'apprentissage par la simulation présente des limites.

Pour 92% (N=113) des sages-femmes, des moyens sont mis à leur disposition tels que mannequins, bassins en plastique, vidéos afin de perfectionner leur prise en charge de la dystocie des épaules.



**Figure 18 : Répartition des sages-femmes sur la consultation en autonomie des recommandations sur la dystocie des épaules.**

Une minorité seulement semble consulter en autonomie les recommandations sur la dystocie des épaules, 66% (N=81) ne les consultent pas.

	Note obtenue < 6,26/10	Note obtenue > 6,26/10	Total
<b>Consultent les recommandations sur la DE</b>	<i>N=16</i>	<i>N=26</i>	<i>N=42</i>
Effectif attendu	16,732	25,268	
<b>Ne consultent pas les recommandations sur la DE</b>	<i>N=33</i>	<i>N=48</i>	<i>81</i>
Effectif attendu	32,268	48,732	
<b>Total</b>	<i>N=49</i>	<i>N=74</i>	<i>N=123</i>

**Tableau 4 : Test d'indépendance sur la consultation en autonomie des recommandations sur la DE et la note obtenue au contrôle de connaissances, par le test du Khi2.**

Nous avons fixé le seuil de signification ou valeur critique de la variable Khi2 à  $p = 0,05$  pour ce test.

Lorsque la valeur  $p$  est supérieure à 0,05, nos deux variables sont indépendantes. L'indépendance de nos deux variables est calculée via l'hypothèse nulle  $H_0$ . Pour ce test, la valeur  $p = 0,78$  soit supérieur au seuil de signification.

Les notes obtenues au test de connaissances ne sont pas liées à l'initiative des sages-femmes de consulter les recommandations sur la DE.



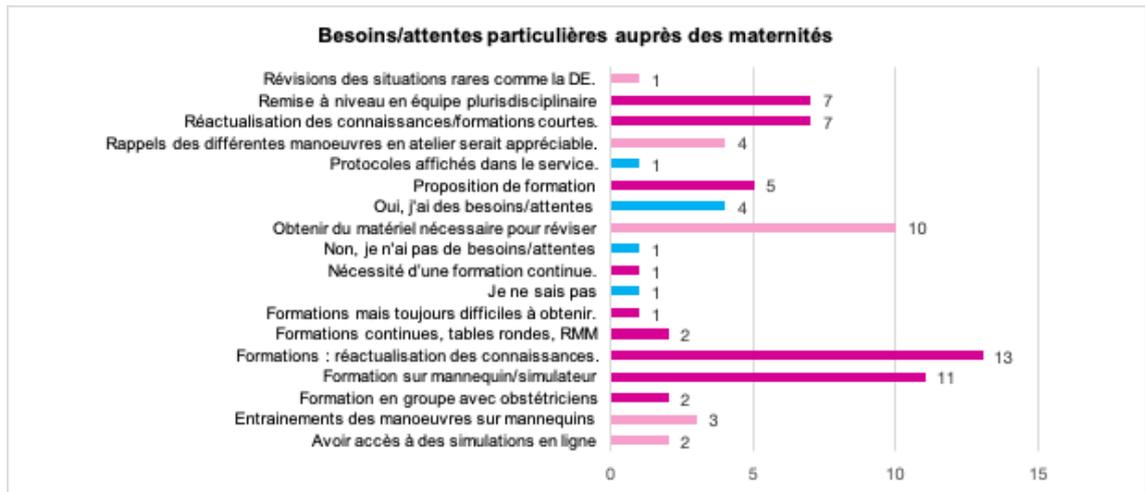
**Figure 19 : Répartition des sages-femmes sur la réalisation des manœuvres obstétricales en autonomie sur la dystocie des épaules et les notes obtenues par les sages-femmes.**

	Note obtenue < 6,26/10	Note obtenue > 6,26/10	Total
<b>S'entraînent sur la réalisation des manœuvres</b>	<i>N=9</i>	<i>N=11</i>	<i>N=20</i>
Effectif attendu	7,967	12,033	
<b>Ne s'entraînent pas sur les manœuvres obstétricales.</b>	<i>N=40</i>	<i>N=63</i>	<i>103</i>
Effectif attendu	32,268	48,732	
<b>Total</b>	<i>N=49</i>	<i>N=74</i>	<i>N=123</i>

**Tableau 5 : Test d'indépendance sur la réalisation des manœuvres obstétricales de résolution de la DE et la note obtenue au test de connaissances, par le test du Khi2.**

Lorsque la valeur  $p$  est supérieure à 0,05, nos deux variables sont indépendantes. L'indépendance de nos deux variables est calculée via l'hypothèse nulle  $H_0$ . Pour ce test, la valeur  $p = 0,61$  soit supérieur au seuil de signification.

**Les notes obtenues au contrôle de connaissances ne sont pas liées à l'initiative des sages-femmes de réaliser les manœuvres obstétricales de résolution d'une dystocie des épaules.**

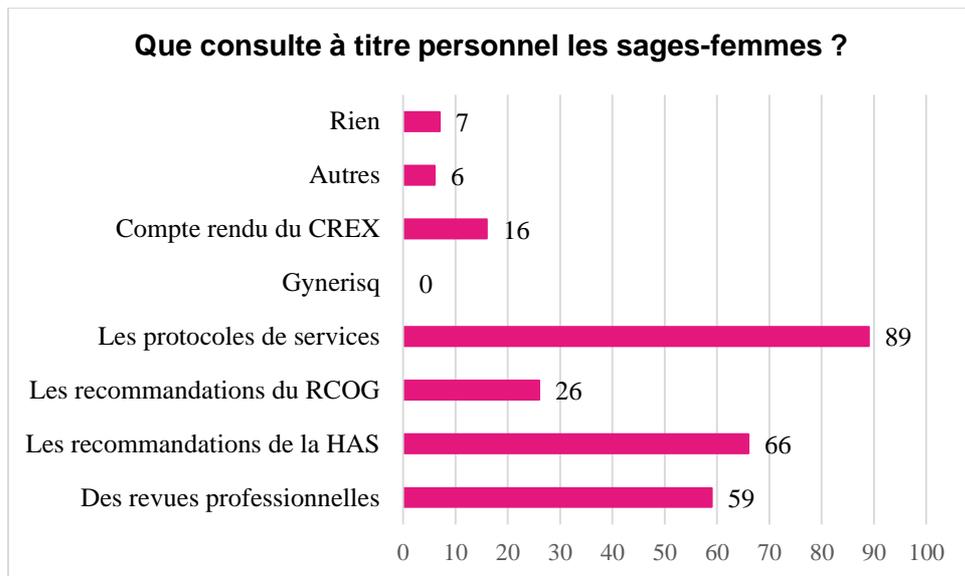


**Figure 20 : Les besoins et attentes des sages-femmes auprès de leur maternité pour une meilleure prise en charge de la dystocie des épaules.**

Parmi notre population, 37 % n'a pas exprimé leurs besoins ou attentes particulières de la maternité dans laquelle elles travaillent. Pour 38% (N=47), souligné en couleur bordeaux sur la *figure 20* les attentes concernent principalement la mise en place de formation en équipe ou seule afin de pouvoir réactualiser ses connaissances. 16% (N=20) souhaitent la mise en place de matériels nécessaires tels que mannequin ou simulateur en ligne afin de pouvoir s'entraîner et réviser des situations rares comme la dystocie des épaules.

La mise en place de formation en équipe et en interprofession sur la dystocie des épaules par des exercices de simulation est mise en place dans l'établissement de deux sages-femmes. Ces dernières travaillent respectivement dans un niveau I et un niveau II.

Egalement en minorité, 8,9% (N=11) des sages-femmes ont déjà participé à une RMM sur la dystocie des épaules.



**Figure 21 : Les supports théoriques que consultent les sages-femmes.**

72% (N=89) des sages-femmes interrogé(e)s consultent à titre personnel les protocoles de services, 54% (N=66) les recommandations de la HAS et 48% (N=59) les revues professionnelles.

Aucune des sages-femmes de notre étude ne consulte Gynerisq tandis qu'une très faible minorité consulte les comptes rendus du CREX ou d'autres choses comme des vidéos et 6% (N=7) ne consultent rien.

## **V. Discussion**

### **1. Généralités**

Au total, parmi les 329 sages-femmes qui exercent dans les 12 maternités de Haute-Normandie, 123 sages-femmes ont répondu à notre questionnaire. Nous ne connaissons pas le nombre de sages-femmes exerçant dans la maternité d'Elbeuf et de Dieppe, ni le nombre exact de sages-femmes exerçant en salle de naissance dans l'année. Par conséquent, le taux de réponses ne peut pas être calculé précisément.

Néanmoins, nous pouvons admettre que le nombre de participation est satisfaisant afin d'interpréter les résultats.

Rappelons que les problématiques étudiées sont les suivantes : **Qu'en est-il des connaissances de la sage-femme sur la dystocie des épaules ? Quelle place cette pathologie tient-elle dans la formation initiale et continue ?**

L'un des premiers points que nous avons éclairci était la distinction entre la « dystocie » des épaules et la « difficulté » aux épaules. 78% des sages-femmes de l'étude ont affirmé avoir été confrontées à une dystocie des épaules. 30% d'entre elles l'ont résolue par la simple manœuvre de Mac Robert tandis que 19% n'ont pas précisé les manœuvres effectuées lorsqu'elles ont fait face à la situation.

Cette confusion entre les deux termes, « difficulté » et « dystocie » est encore présente dans l'esprit des professionnels comme nous le montre également l'une des affirmations proposées dans notre test de connaissance : « Une dystocie des épaules peut se résoudre uniquement par la manœuvre de Mac Roberts ». 33,3% de notre échantillon a répondu « vrai ».

Par ailleurs, la différence clinique entre la difficulté des épaules et la dystocie des épaules est bien distinguée quand les questions comportent spécifiquement ces termes. Les taux de réponses justes pour les deux affirmations sur le positionnement des épaules fœtales sont respectivement de 78,0% et 73,2%, ce qui est tout à fait satisfaisant.

Egalement, il faut prendre en compte les détails pratiques. Notre étude ne permet pas de savoir si parmi les cas de difficulté aux épaules ou dystocie des épaules, la patiente était préalablement bien installée.

Il faudrait pouvoir connaître les détails précis de l'accouchement afin de pouvoir avoir un regard critique. La position de la patiente est un élément clef dans la survenue de cette pathologie. De même, le positionnement de la sage-femme est à prendre en compte. La pratique de l'accouchement, du dégagement de la tête, la hauteur de la table d'accouchement sont autant de détails qui influencent l'issue de l'accouchement.

Il est toujours difficile d'évaluer réellement l'incidence de cette complication obstétricale comme nous le montre notre étude où encore 30% des sages-femmes ont qualifié à tort une « difficulté » des épaules comme étant une « dystocie » des épaules.

## 2. Les connaissances des sages-femmes

Lors de l'auto-évaluation avant de répondre au test, les sages-femmes ont obtenu une moyenne de 6,82/10. C'est une surestimation des connaissances puisqu'elles ont obtenu la moyenne générale de 6,26/10, ce que nous qualifions de niveau de connaissances moyen.

59% de notre population affirment avoir surestimé leurs connaissances théoriques sur la dystocie des épaules.

33% des sages-femmes ont un bon niveau de connaissances tandis que 65% et 2% d'entre elles ont respectivement un niveau de connaissances moyen et mauvais.

Cela pourrait s'expliquer par des connaissances théoriques fragiles. 65,9% de notre échantillon ne semble pas connaître pas l'algorithme de prise en charge d'une dystocie des épaules. Une fois de plus, nous devons être vigilants quant à ce résultat car nous ne connaissons pas l'enseignement théorique de chaque école, qui peut être différent.

60,2% pensent que certains facteurs de risque sont toujours incriminés dans la dystocie des épaules. Or c'est notamment le caractère inattendu de cette pathologie qui l'a rend redoutable.

Nous avons pu connaître les acquis des sages-femmes sur les manœuvres à effectuer lors du diagnostic d'une DE. Bien que les manœuvres de Mac Robert et de Jacquemier soient acquises, il existe pour 55,3% des sages-femmes des confusions concernant la manœuvre du Wood inversée.

Nous avons émis l'hypothèse que la sage-femme n'avait pas un bon niveau de connaissances sur la dystocie des épaules du fait notamment de la rareté de cette pathologie. Nous pouvons conclure selon notre étude et notre population que le niveau de connaissances théoriques est qualifié de « moyen », avec des connaissances qui semblent fragiles et approximatives. Nous allons voir par la suite si la rareté de la situation en est la cause ou si c'est la formation en elle-même qui est insuffisante.

*« L'ignorance engendre plus souvent la confiance que la connaissance » Charles Darwin*

### **3. La formation initiale**

Nous n'avons pas pu mettre en évidence précisément le nombre d'heures de cours de formations reçues et dispensées sur la dystocie des épaules dans chaque ville. En effet, les données reçues sur le nombre d'heures sont hétérogènes dans une même ville. Egalement, nous n'avons pas pu mettre en évidence un taux de réussite supérieur pour une ville et pour un volume horaire.

Notre étude semble montrer que le niveau de connaissances n'est pas influencé par le nombre d'heures de cours reçues et dispensées sur la DE. Néanmoins, pour 54%, le nombre d'heures de cours accordé à la dystocie des épaules est insuffisant. Beaucoup expriment le manque de matériel(s) pour pouvoir appréhender les manœuvres et le manque d'heures de travaux pratiques. D'ailleurs, la mise à disposition de mannequins afin de s'entraîner sur les manœuvres obstétricales de la DE semble influencer sur les notes reçues au test de connaissances.

Il faut néanmoins interpréter ces résultats avec réserve. Le ressenti qui découle de notre étude est le manque de pratique. Le nombre d'heures de cours théoriques semble suffisant mais la majorité des sages-femmes de notre étude souligne le manque d'heures de pratiques sur la réalisation des manœuvres sur mannequins.

Il faut pouvoir sensibiliser les étudiants sages-femmes à l'importance d'être acteurs de sa formation. Seuls ou en groupes, les étudiants sages-femmes doivent pouvoir en toute autonomie s'entraîner aux gestes d'urgences grâce à un libre accès aux mannequins lors de leur temps libre. C'est aussi en ce sens que nous nous formons.

La formation initiale englobe les cours théoriques imposées et dispensées par l'école afin de nous donner les bases et un apport théoriques suffisants. Pour compléter notre formation, l'autonomie pour le renforcement des connaissances est indispensable.

Nous avons émis l'hypothèse que l'enseignement et l'entraînement des manœuvres de résolution de la dystocie des épaules étaient insuffisants dans la formation initiale. Cette hypothèse ne peut pas être admise du fait de l'existence d'un biais de mémoire.

Il aurait été intéressant de savoir parmi notre échantillon qui avait été acteur de sa formation.

82,9 % de notre échantillon estiment que les erreurs commises dans la prise en charge d'une dystocie des épaules sont le plus souvent associées à un manque de connaissances. C'est en réalité la précipitation et l'inexactitude des gestes qui conduit à une morbidité néonatale.

Par ailleurs, nous avons pu observer que les sages-femmes avec un diplôme récent ont tendance à avoir un meilleur niveau de connaissances que les sages-femmes ayant obtenues leur diplôme plus tôt. Cela souligne l'importance de la formation continue afin de garder les acquis de la formation initiale tout en y ajoutant les dernières données de la médecine.

#### **4. La formation continue**

Il a été montré que l'utilisation de matériel(s) de simulation est un élément majeur d'amélioration de la sécurité. Les résultats de la prise en charge des urgences obstétricales ont été améliorés grâce à la formation par simulation. 95% des interrogées affirment que l'apprentissage par la simulation permet de mieux appréhender une situation et 92% admettent pouvoir effectuer une remise à jour de ses connaissances par la simulation. Et pourtant, selon notre étude seulement 8% des sages-femmes ont dans leur maternité des moyens mis à leur disposition pour perfectionner leur prise en charge.

Le RCOG recommande la réalisation annuelle de formation afin de prévenir les complications de la dystocie des épaules. Seulement 7% de notre échantillon a réalisé des formations ce thème. Pour 42%, la formation ne leur a pas été proposée.

Ce pourcentage est à interpréter avec prudence. En effet, il aurait été judicieux de savoir si les sages-femmes interrogées ont ressenti le besoin de cette formation et si la demande a été faite auprès des coordinatrices en maïeutique.

De plus, il faut être conscient qu'une formation sur la dystocie des épaules à elle seule ne semble pas engageable. Les besoins de formations sont nombreux et la situation de la dystocie des épaules manque de matière afin de pouvoir proposer une formation à l'équipe. Il faut intégrer cette pathologie dans les situations d'urgences obstétricales en salle de naissances.

Selon le code de déontologie, il est dans l'obligation des sages-femmes de réaliser une formation continue tout au long de leur vie professionnelle. En toute autonomie la sage-femme se doit de mettre à jour ses connaissances et ses pratiques.

Il n'a pas été mis en évidence que la consultation, à titre personnel des recommandations sur la DE améliore les connaissances de la sage-femme sur cette pathologie. Il en est de même pour la réalisation en autonomie des manœuvres obstétricales.

Néanmoins, il paraît indispensable de consulter les recommandations et de réaliser régulièrement les manœuvres afin d'acquérir de la confiance et aborder cette pathologie avec moins d'appréhension.

La sage-femme se doit de faire de la veille documentaire et doit s'inscrire dans un esprit de développement professionnel continu.

## **5. Développement professionnel continu**

Les professionnels de santé doivent s'engager à améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. Cette amélioration passe par le DPC et il faut sensibiliser les sages-femmes à la gestion des risques.

Une minorité de notre échantillon seulement (8,9%) ont déjà participé à une RMM sur la dystocie des épaules. Pourtant, la revue de morbidité ou mortalité est selon l'HAS une méthode de choix à privilégier.

Egalement, seulement 13% des sages-femmes consultent à titre personnel les comptes rendu du CREX.

Il faut sensibiliser davantage les sages-femmes à utiliser ces outils et à réaliser de la veille documentaire dans leur formation continue.

Les protocoles de services doivent être mis à jour et être à disposition du personnel soignant. C'est d'ailleurs le support de référence que consultent les sages-femmes de notre étude. Il faut inciter les sages-femmes à être autonome et actrice de leur formation continue. Les inciter à consulter les mises à jour des protocoles de services semble une piste intéressante.

La mise en place de nouveaux outils aiderait les sages-femmes à se sentir plus à l'aise et à mieux appréhender la dystocie des épaules.

## **6. Biais de notre étude**

Notre étude présente plusieurs biais qui diminuent ainsi sa puissance. Tout d'abord, notre échantillon est composé majoritairement de sage-femme exerçant dans une maternité de niveau II à défaut du nombre de sage-femme exerçant dans une maternité de niveau I.

Malgré un nombre de participant satisfaisant afin de pouvoir interpréter nos données, il aurait été intéressant d'effectuer une étude des connaissances et des pratiques des sages-femmes dans chaque région. Dans notre étude, nous n'avons pas pu exploiter les données sur le nombre d'heure de formation en fonction de la ville dans laquelle la formation a été effectuée.

Nous avons abordé la confusion entre le terme « difficulté » et « dystocie ». Il aurait été judicieux de connaître les conditions dans laquelle la sage-femme a été confrontée à une dystocie des épaules.

Néanmoins, notre étude nous a permis d'identifier les besoins des sages-femmes concernant la dystocie des épaules et l'importance de se former quotidiennement.

## **7. Propositions d'actions**

### **7.1. La pédagogie inversée et l'autonomie**

Il est important de sensibiliser, les étudiants sages-femmes à l'importance d'être acteur de sa formation et de s'entraîner en autonomie sur les mannequins mis à disposition au sein de l'école. Des « heures d'autonomies » pourraient être proposées afin de permettre aux étudiantes seuls ou en groupe de s'entraîner sur des situations d'urgences tels que la résolution d'une DE.

Egalement, l'instauration d'une pédagogie inversée pourrait être une piste intéressante. Les étudiants sont invités à préparer le cours chez eux, à appréhender les notions notamment sur la DE afin de pouvoir passer davantage de temps en classe à la réalisation des manœuvres obstétricales.

## **7.2. Bases de données des évènements complexes**

La base de données des évènements complexes rencontrés, Gynerisq, ne semble pas être connue de notre population mais rappelons que c'est une base de données essentiellement pour les médecins et les libéraux.

Parmi nos propositions d'améliorations, sur le même principe que Gynerisq, une base de données des évènements complexes rencontrés par les gynécologues-obstétriciens pourrait être proposée et accessible à l'ensemble des professionnels de santé du secteur de la maternité. Cette base de donnée serait propre à chaque établissement ou éventuellement à chaque région afin d'enrichir les cas. A la différence des RMM ou CREX déjà instauré dans le service, cette base de données permettrait une mise à disposition de « fiches » récapitulative sur chaque évènement complexe rencontré. Une équipe composée de professionnels volontaires et de diverses professions – gynécologue obstétricien, sage-femme, aide-soignante, anesthésiste – pourrait ainsi créer ces fiches.

## **7.3. Simulations en équipe**

La simulation semble appréciée et est un excellent outil d'apprentissage. La mise en place de jeu de rôle/simulation sur les situations d'urgences obstétricales en salle de naissances, pourrait être mise en place. Ainsi, dans une salle de travail en temps réel avec de mannequin de haute-fidélité, les professionnels seraient filmés lors de la réalisation de l'accouchement. Un débriefing sera ensuite réalisé par l'équipe. L'objectif n'est pas de critiquer la prise en charge mais de l'analyser et d'apprendre.

## **7.4. Formations**

Nous sommes conscients que les formations sont parfois difficiles d'accès et difficiles à mettre en place au sein d'un service hospitalier.

Néanmoins, une formation pluriprofessionnelle sur les situations d'urgences obstétricales pourrait être proposée une fois par mois, en interne. Cette proposition semble complexe à instaurer au sein d'un service de maternité mais l'importance de proposer cette formation tous les mois permet un accès par le plus grand nombre de professionnel.

La qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance est primordiale. Il faut sensibiliser tous les professionnels de santé à l'importance du développement de conditions optimales pour une meilleure prise en charge. Proposer la mise en place d'une formation annuelle obligatoire pour tous les professionnels du secteur de naissance sur la qualité et la gestion des risques semble une piste intéressante.

Pour finir, il faut sensibiliser les professionnels de santé à la formation continue en mettant à leur disposition les outils nécessaires. Il est parfois difficile de sensibiliser sur quelque chose que nous ne connaissons pas. Néanmoins cela doit être un atout afin de les encourager à appréhender une situation rare mais d'une particulière gravité.

## VI. Conclusion

La dystocie des épaules (DE) est l'une des pathologies obstétricales les plus redoutée des professionnels. Elle tient cependant une place restreinte dans la formation continue.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence l'incidence réelle de la survenue de cette complication. La confusion entre le terme « difficulté » aux épaules et « dystocie » des épaules est encore présente dans l'esprit des professionnels. Il y a de toute évidence un abus de langage puisque 78% de notre population se dit avoir déjà été confronté à une dystocie des épaules. En pratique 33% l'ont réellement été.

Les connaissances des sages-femmes sur la DE semblent fragiles avec un niveau de connaissance « moyen » pour 65% d'entre-elles. Néanmoins, l'apport théorique de la formation initiale ne doit pas être remis en question.

Plus de la moitié des sages-femmes estiment le nombre d'heure de cours reçues et dispensées en formation initiale insuffisant. Bien qu'il ne semble pas influencer le niveau de connaissances, le manque de pratique se fait ressentir d'autant plus que la sage-femme y est peu confrontée au cours de sa carrière.

La connaissance parfaite de la réalisation des manœuvres obstétricales est évidemment indispensable. C'est pourquoi, il faut sensibiliser les étudiants sages-femmes mais également les sages-femmes en activités sur l'importance d'être acteur de sa formation initiale et mais aussi continue.

Les étudiants et les sages-femmes doivent pouvoir en toute autonomie s'entraîner aux gestes d'urgences grâce à un libre accès à des outils.

Seulement 8% des sages-femmes de notre étude ont dans leur maternité des moyens de simulation mis à leur disposition. Cette tendance doit s'inverser et la mise en place de nouveaux outils doit être pensée. L'utilisation de matériel(s) de simulation est un élément majeur d'amélioration de la formation et de sécurité. C'est pourquoi, il faut promouvoir cette pratique.

La veille documentaire et le développement professionnel continu entrent dans une démarche de qualité de gestion des risques et doit être l'un des piliers de notre métier de sage-femme.

C'est par l'expérience, la répétition des gestes et l'appréhension de la situation que nous acquerrons de l'assurance.

## **Référence bibliographique**

[1] Rapport\_enp\_2016.pdf [Internet]. [Consulté le 28 janvier 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_enp\\_2016.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf)

[2] Code de déontologie [Internet]. Conseil de l'Ordre des sages-femmes. [Consulté le 28 janvier 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>

[3] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Dystocie des épaules : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. Paris. Volume 44- Décembre 2015. 1309p.

[4] Collège National des gynécologues et obstétriciens français. Président : Professeur M. Bruhat Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XIX publié le 1er.12.1995 DIX-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES Paris, 1995. 19p.

[5] SCHAAL JP, ABLASSMAIER BC, MAILLET R, AGNANI GR, COLETTE C. Aspects courants de la dystocie d'engagement. J . Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1986, 15:79-86

[6] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. De la difficulté à la dystocie des épaules - prise en charge. [PDF]. [Consulté le 7 avril 2020]

[7] Haute Autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017 ; 195p [PDF] Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf) Consulté le 16 mars 2019

[8] SCHAAL JP, RIETHMULLER D, MAILLET R, UZAN M, Mécanique et Techniques Obstétricales. 3e édition. Sauramps médical. 2007, p516-519

[9] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Que reste-t-il des indications de la radiopelvimétrie ? [En ligne]. [http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier?path=MAJ%20Ben%20BGO%252F2011%252F2011\\_GO%252Fobstetrique%252FQue\\_reste-t-il\\_des\\_indications\\_de\\_la\\_radiopelvimetrie.pdf](http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier?path=MAJ%20Ben%20BGO%252F2011%252F2011_GO%252Fobstetrique%252FQue_reste-t-il_des_indications_de_la_radiopelvimetrie.pdf) Consulté le 4 mars 2018.

[10] Performance de l'estimation du poids fœtal par échographie pour les fœtus  $\leq$  2000 g et les macrosomes ( $\geq$  4000 g) - Revue Médicale Suisse [En ligne]. [Consulté le 20 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-359/Performance-de-l-estimation-du-poids-foetal-par-echographie-pour-les-foetus-2000-g-et-les-macrosomes-4000-g>

[11] Michel K. Influence de l'Age et de la Parité de la Mère sur le Poids de Naissance (Cas du Centre de Santé Shungu en RDC). Health Sci Dis. 1 mai 2014; 15p.

[12] Smith R.B., Lane C., Pearson J.F. Shoulder dystocia : what happens at the next delivery? Br. J. Obstet. Gynaecol., 1994, 101, 713-5.

[13] Vermeille M, Boubli B, Coatleven F, Horovitz J. Grossesse prolongée et terme dépassé. 8 juin 2013. Disponible sur: <https://syngof.fr/dossiers/revue-n93-juin-2013-grossesse-prolongee-et-terme-depasse/> Consulté le 15 février 2019

[14] Planetoscope. L'obésité en France. 2012;; Disponible sur: <https://www.planetoscope.com/Sante-autre/2021-l-obesite-en-france.html>. Consulté le 12 mars 2019

[15] Bringer J, Galtier F, Raingeard I, Boulot P, Renard E. La grossesse chez la femme obèse : des conséquences sous-estimées ? Publié le 1 avril 2008. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/la-grossesse-chez-la-femme-obese-des-consequences-sous-estimees/> [En ligne] Consulté le 25 janvier 2019

[16] Y Yogev PM. Catalano. Pregnancy and obesity. Obstet Gynecol Clin North Am 2009

[17] Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé. Septembre 2007. Disponible sur : [https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret\\_accompagnement\\_grossesse.pdf](https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_grossesse.pdf). Consulté le 15 février 2020

[18] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Macrosomie foetale. [En ligne] Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/1995\\_GO\\_159\\_treisser.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1995_GO_159_treisser.pdf)

[19] Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction du travail à court terme ou à proximité pour suspicion de macrosomie fœtale. Version publiée le 22 mai 2016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000938.pub2> [En ligne] Consulté le 14 mars 2019

[20] Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Prévention de la dystocie des épaules par la sélection échographique en début de travail des fœtus à fort périmètre abdominal. Vol 36, N°1 – février 2007. P42-49

[21] Haute Autorité de Santé, Rapport de synthèse sur le dépistage et l diagnostic du diabète gestationnel. Juillet 2005. [PDF]

[22] Fédération Française des Diabétiques. Le diabète gestationnel. <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete-gestationnel> [En ligne] Consulté le 2 Avril 2020

[23] Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. Associations with neonatal anthropometrics. Diabète 2009 ; 58 (2):453 – 9.

[24] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Paris. Volume 44- Décembre 2015. p1243

[25] HAS. Indications de la césarienne programmée à terme. Janvier 2012. P132

[26] Winckler M. Le chœur des Femmes. Edition Gallimard 2009, 677p

[27] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Conduite à tenir en cas de dystocie des épaules. Paris. Volume 44- Décembre 2015. P1272-1284

[28] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Complications néonatales de la dystocie des épaules : facteurs de risque et prise en charge. Paris. Volume 44- Décembre 2015. P1294-1302

[29] Comité éditorial de l'UVMaF. Hypoxie-Anoxie. [En ligne] <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/hypoxie-anoxie/site/html/cours.pdf> Consulté le 19 janvier 2020

[30] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Dystocie des épaules. Publiées en Janvier 2015. [http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/Amettre-2015\\_CNGOF-DDE.pdf](http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/Amettre-2015_CNGOF-DDE.pdf) [En ligne] Consulté le 15 mars 2019.

[31] Leung TY, Stuart O, Sahota DS, Suen SS, Lau TK, Lao TT. Head to body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. BJOG 2011 Mars; 118(4): 474-9.

[32] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Prévention et protection périnéale en obstétrique. [PDF]

[33] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Epidémiologie de l'hémorragie du post partum. Paris. Volume 43- Décembre 2014. p936-950

[34] Conseil National de l'ordre des sages-femmes. La formation initiale [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/> Consulté le 11 décembre 2019

[35] HAS. Simulation en santé. Publié le 22 février 2019 [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante) Consulté le 17 juillet 2019.

[36] Collège National des gynécologues et obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Place de la simulation pour réduire la morbidité néonatale et maternelle secondaire à une dystocie des épaules. Paris. Volume 44- Décembre 2015. p1285-1293

[37] deering S, Rowland J. Obstetric emergency simulation. Semin Perinatol 2013; 37(3):179-88.

[38] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder dystocia. Green-top Guideline No. 42 2nd edition | March 2012. [En ligne] <http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/2012-RCOG-dystocie-épaules.pdf> Consulté le 12 novembre 2019

[39] Conseil National de l'ordre des sages-femmes. La formation continue [en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/> Consulté le 11 décembre 2019

[40] SRLF-SFAR-SFMU-SOFRASIMS. Intérêts de l'apprentissage par simulation des soins critiques. [En ligne] <https://sfar.org/wp-content/uploads/2019/05/rfe-interets-de-lapprentissage-par-simulation-en-soins-critiques.pdf> Consulté le 11 décembre 2019

[41] Haute Autorité de Santé. AS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Outils d'amélioration des pratiques professionnelles. Publié le 27 mai 2015 [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante) Consulté le 20 octobre 2019.

[42] DHU risques et grossesse. Les CREX et RMM à la maternité de Louis Mourier [En ligne]. <http://www.dhu-risques-grossesse.org/fr/soins/les-rmm/les-crex-et-rmm-a-la-maternite-de-louis-mourier> Consulté le 15 mars 2020

[ ] GRAY'S Anatomie pour les étudiants. 2<sup>e</sup> édition DRAKE R.L, WAYNE VOLG A, MITCHELL A.W.M 2009, p406-504

## **ANNEXES**

### **ANNEXE I : DISTINCTION ENTRE LA DIFFICULTÉ AUX ÉPAULES ET LA DYSTOCIE DES ÉPAULES.**

FIGURE IA : DIFFICULTÉ AUX ÉPAULES

FIGURE IB : DYSTOCIE DES ÉPAULES

### **ANNEXE II : LE BASSIN OSSEUX**

### **ANNEXE III : LES VALEURS MOYENNES DES DIFFÉRENTS DIAMÈTRES DU BASSIN OSSEUX**

### **ANNEXES IV : LES DIAMÈTRES DE LA TÊTE FŒTALE**

### **ANNEXES V : ALGORITHME DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE DYSTOCIE DES ÉPAULES.**

### **ANNEXE VI : LE PLEXUS BRACHIAL**

### **ANNEXE VII : CLASSIFICATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES OBSTÉTRICALES.**

### **ANNEXE VIII : LE QUESTIONNAIRE**

**Annexe I : Distinction entre la difficulté aux épaules et la dystocie des épaules.**

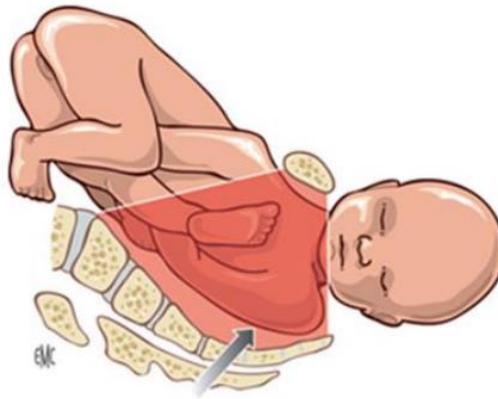


Figure Ia : Difficulté aux épaules

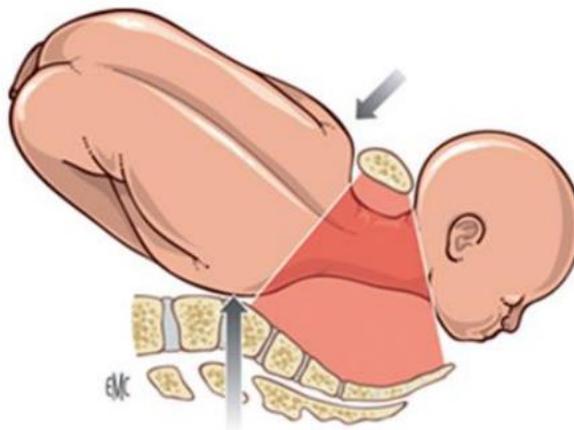
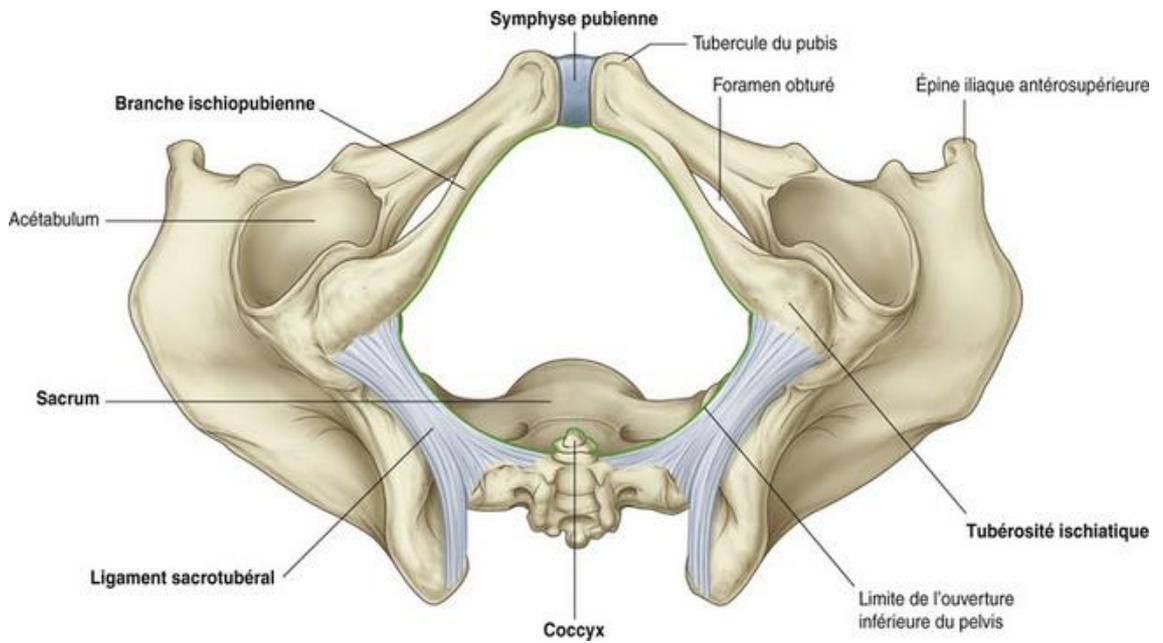
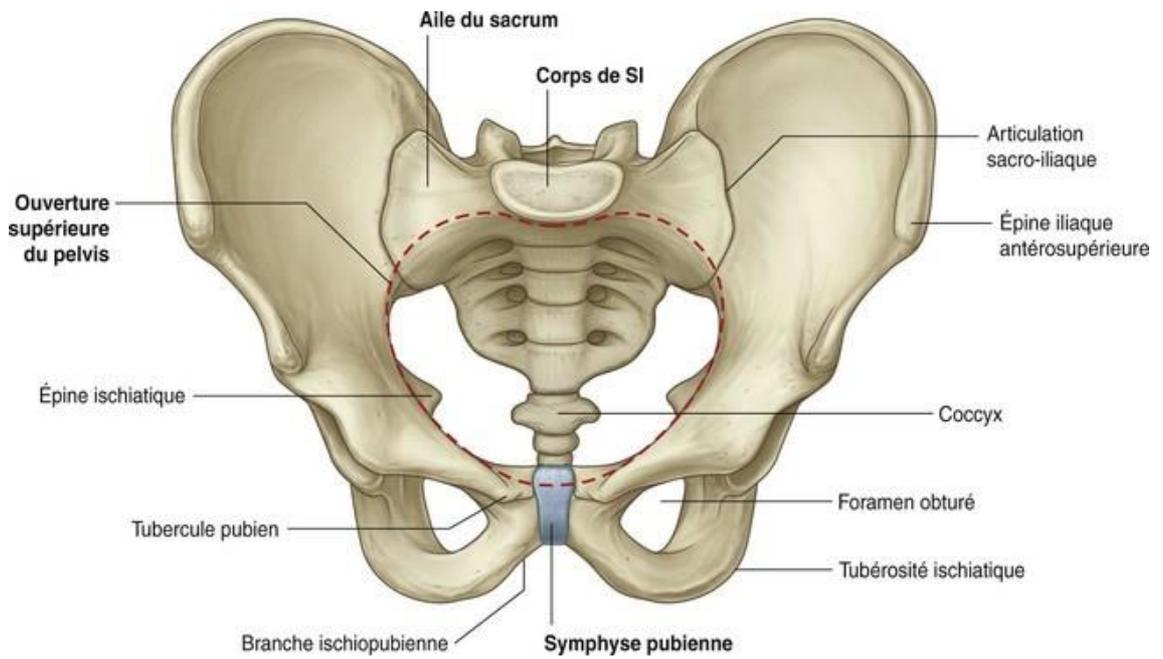


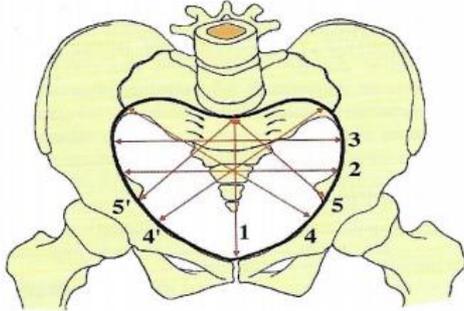
Figure Ib : dystocie des épaules

## Annexe II : Le bassin osseux



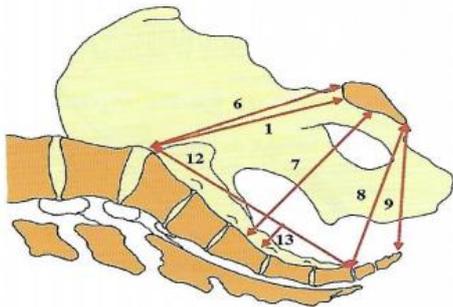
## Annexe III : Les valeurs moyennes des différents diamètres du bassin osseux

### Le détroit supérieur



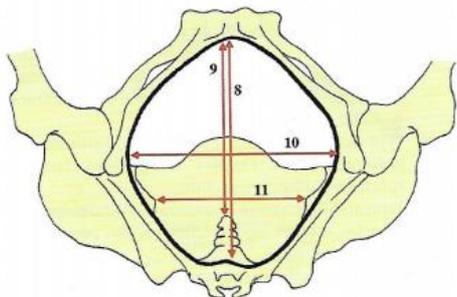
1. Promonto-rétro-pubien (PRP) : 10,5 cm
2. Transversal médian (TM) : .....12,5 cm
3. Transversal maximum : .....13,5 cm
4. Oblique G et D : .....12,0 cm
5. Sacro-cotyloïdiens G et D : .....9,0 cm

### Excavation et détroit moyen



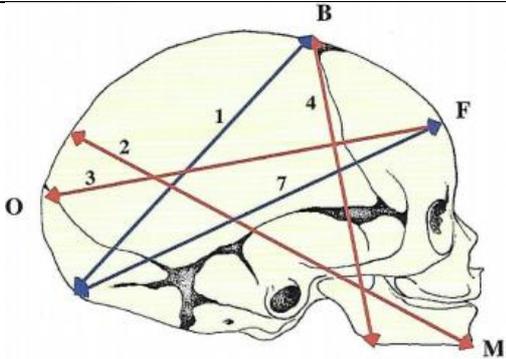
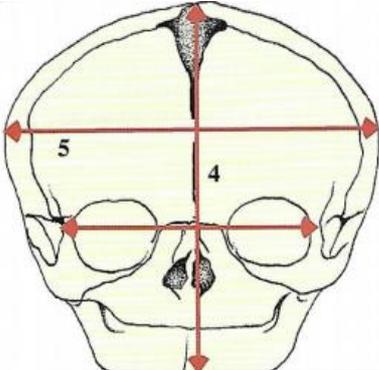
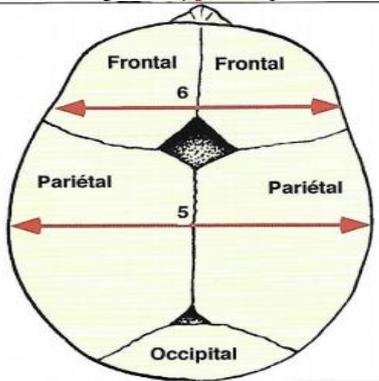
6. Promonto-sus-pubien : .....11,0 cm
7. Mi-sacro-pubien : .....12,0 cm
- Traversal bi-cotyloïde : .....12,0 cm
11. Bi-ischiatique : .....10,0 cm
12. Corde sacrée : .....9,5 cm
13. Flèche sacrée : .....2,7 cm

### Détroit Inférieur

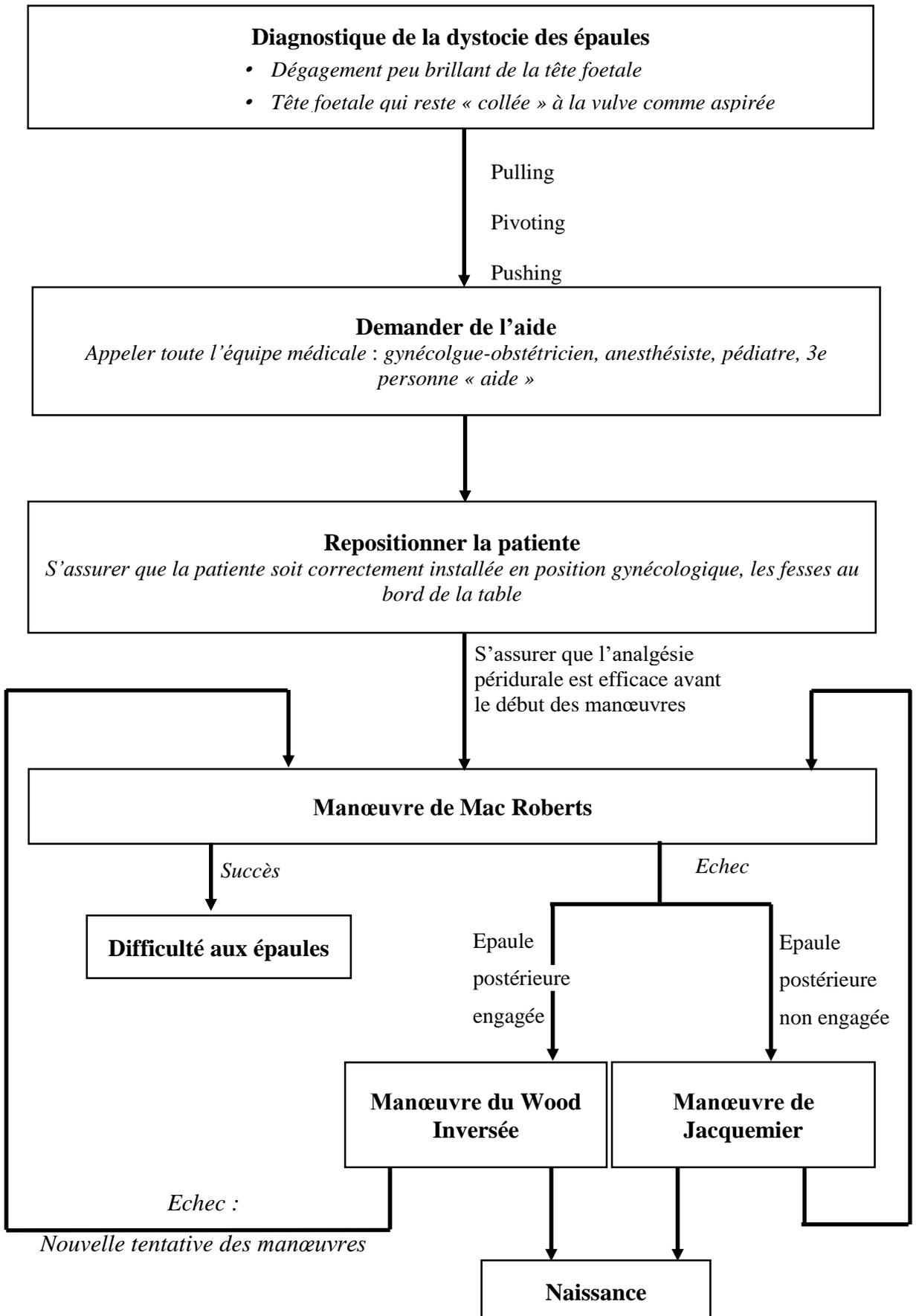


8. Sous-sacro-sous-pubien : .....11,5 cm
9. Sous-coccy-sous-pubien : .....8,5 cm
10. Bi-ischiatique : .....11,0 cm

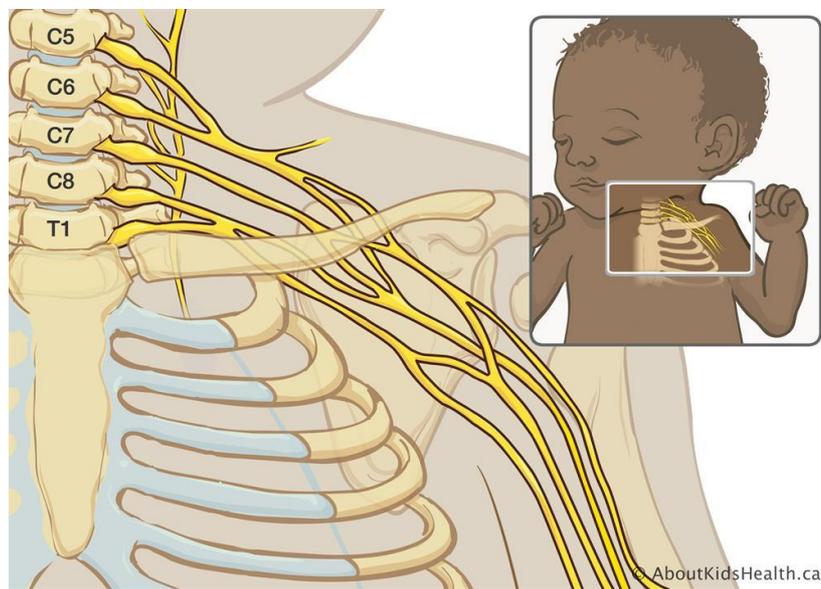
## Annexes IV : Les diamètres de la tête fœtale

 <p>A lateral view of a fetal skull with several measurement lines. Line 1 is a blue line from the occipital protuberance (O) to the bregma (B). Line 2 is a red line from the occipital protuberance (O) to the menton (M). Line 3 is a red line from the occipital protuberance (O) to the forehead (F). Line 4 is a blue line from the bregma (B) to the menton (M). Line 7 is a red line from the occipital protuberance (O) to the forehead (F). Labels B, F, O, and M are placed at the respective anatomical points.</p>	<p>1. Sous-occipito-bregmatique :...9,5 cm                  2. Sincipito-mentonnier :.....13,5 cm                  3. Occipito-frontal : .....12,8 cm                  7. Sous-occipito-frontal :.....11,0 cm</p>
 <p>A frontal view of a fetal skull. Line 4 is a vertical red line from the bregma (B) to the menton (M). Line 5 is a horizontal red line across the forehead (F).</p>	<p>4. Sous-mento-bregmatique :.....9,5 cm</p>
 <p>A superior view of a fetal skull. Line 5 is a horizontal red line across the parietal bones (Pariétal). Line 6 is a horizontal red line across the frontal bones (Frontal). Labels Frontal, Pariétal, and Occipital are placed on the respective bones.</p>	<p>5. Bipariétal :..... 9,5 cm                  6. Bitemporal :.....8,0 cm</p>

Annexes V : **Algorithme de la prise en charge d'une dystocie des épaules.**



## Annexe VI : Le plexus brachial



## Annexe VII : Classification des déchirures périnéales obstétricales.

Classification française		Classification RCOG-OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 <sup>er</sup> degré	Epithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 <sup>e</sup> degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 <sup>e</sup> degré – a	Moins de 50% du sphincter anal externe
		3 <sup>e</sup> degré – b	Plus de 50% du sphincter anal externe
		3 <sup>e</sup> degré – c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 <sup>e</sup> degré	Muqueuse rectale

## Annexe VIII : Le questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Emy BUGEON, je suis étudiante en 5e année à l'école de Sages-femmes de Rouen. Mon mémoire de fin d'études porte sur les connaissances de la sage-femme concernant la dystocie des épaules. La formation initiale et continue sur la dystocie des épaules sera au cœur même de mon sujet d'étude.

Je réalise donc un questionnaire à l'attention des sages-femmes cliniciennes du secteur public et privé effectuant des gardes en salle de naissance chaque année.

**Ce questionnaire est totalement anonyme.** Merci de l'intérêt que vous y porterez.

### I. Généralités :

1. Quelle est l'année de l'obtention de votre diplôme ? .....
2. Dans quelle ville avez-vous effectué votre formation initiale ? .....
3. Dans quel type de maternité exercez-vous ?
  - Type I
  - Type II
  - Type III

### II. Expériences :

4. Avez-vous déjà été confronté(e) à une dystocie des épaules ?
  - Oui
  - Non
5. Avez-vous déjà réalisé(e) une ou des manœuvres obstétricales pour prendre en charge une dystocie des épaules ?
  - Oui
  - Non

Si oui, lesquelles ?

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

Si oui,

Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre aisance lors de la réalisation des manœuvres obstétricales.

0 = pas du tout à l'aise / 10 = très à l'aise

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Remarques :

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

### III. Connaissances sur la dystocie des épaules :

6. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous vos connaissances théoriques.

0 = Pas de connaissances / 10 = Toutes les connaissances

7. Parmi les facteurs de risque suivant, lequel/lesquels retrouve-t-on toujours dans la survenue d'une dystocie des épaules ?

- Diabète gestationnel
- Obésité maternelle
- Prise de poids excessive pendant la grossesse
- Terme dépassé
- Macrosomie foetale
- Antécédent de dystocie des épaules
- Progression anormale du travail
- Aucun

8. Numérotez de 1 à 5 les propositions suivantes selon l'enchaînement des actions à effectuer lorsque l'on fait face à une dystocie des épaules.

- Repositionner la patiente
- Informer la patiente
- Appeler de l'aide
- Débuter les manœuvres obstétricales
- Rechercher l'épaule postérieure du fœtus.

9. Vrai ou faux ? Cochez la bonne réponse.

	VRAI	FAUX
L'absence de l'épaule postérieure dans l'excavation pelvienne permet de différencier une dystocie des épaules d'une difficulté aux épaules.		
Lors d'une difficulté aux épaules, l'épaule postérieure est absente dans l'excavation pelvienne.		
Si la rotation de restitution n'est pas spontanée lors du dégagement de la tête foetale, il faut la réaliser.		
Une dystocie des épaules peut se résoudre uniquement par la manœuvre de Mac Roberts.		
La manœuvre de Mac Roberts consiste à effectuer une hyper flexion des cuisses de la patiente accompagnée d'une pression du fond utérin.		
La manœuvre du Wood inversée consiste à introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus (main droite pour un dos à droite et main gauche pour un dos à gauche). Une rotation axiale de 180° permettant d'amener l'épaule postérieure en antérieur et ainsi permettre à l'épaule initialement antérieure de passer le détroit supérieur.		
La manœuvre de Jacquemier consiste à introduire sa main qui fait face au ventre du fœtus dans la concavité sacrée (main gauche pour un dos à gauche et main droite pour un dos à droite). Il faut repérer l'épaule postérieure puis accéder à la main foetale pour la saisir. Il faut ensuite retirer progressivement son bras en entraînant la main foetale en avant de sa face. Une rotation foetale de 180° s'effectue alors entraînant l'épaule postérieure sous le pubis tandis que l'épaule initialement antérieure tourne en arrière et s'engage dans l'excavation pelvienne.		
Lors d'une dystocie des épaules, les lésions du plexus brachial surviennent lors d'une traction excessive sur le cou et par abaissement de l'épaule		
Les véritables cas d'élongation du plexus brachial ont été rapportés après une césarienne et non une dystocie des épaules.		
L'asphyxie néonatale se définit par une acidose métabolique à la naissance avec un pH inférieur à 7 et un déficit de base supérieure à 12 mmol/L.		
La réalisation d'une épisiotomie devrait être systématique lors d'une dystocie des épaules.		
L'épisiotomie peut réduire une dystocie des épaules.		
Les erreurs commises dans la prise en charge d'une dystocie des épaules sont le plus souvent associées à un manque de connaissances.		

10. Après avoir répondu aux questions de connaissances, à combien évaluez-vous vos connaissances théoriques.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = Pas de connaissances / 10 = Toutes les connaissances

#### IV. Formation initiale

11. Combien d'heure de cours avez-vous reçu durant la formation initiale sur la dystocie des épaules ? .....
12. Comment qualifieriez-vous le nombre d'heures de cours que vous avez reçu sur la dystocie des épaules ?
- Suffisant
  - Insuffisant
  - Autre : .....
13. Durant votre formation à l'école de sages-femmes, avez-vous eu à votre disposition des mannequins afin de vous entraîner sur les manœuvres obstétricales de la dystocie des épaules ?
- Oui
  - Non

Si oui, quels types de mannequins ?

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

14. Quelles sont vos remarques ou proposition(s) d'amélioration(s) concernant la formation initiale sur la dystocie des épaules ?

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

#### V. Formation continue

15. Au cours de votre carrière professionnelle, avez-vous participé à des formations sur la prise en charge de la dystocie des épaules ?
- Oui
  - Non

Si oui, combien ? .....

16. Ces formations vous ont-elles permis de mieux appréhender la situation ?
- Oui
  - Non

Pourquoi ?

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

*Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel, tel que mannequin ou simulateur procédural, de réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin. Tout ceci a pour but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques.*

17. Que pensez-vous de l'apprentissage par la simulation ?

- Permet de mieux appréhender une situation.
- Permet de mettre à jour nos connaissances.
- Semble très utile et formateur.
- Présente des limites.
- Ne vous convient pas.
- Vous préférez l'apprentissage par des cours théoriques

18. Dans votre établissement, des moyens sont-ils mis à votre disposition afin de perfectionner votre prise en charge en cas de dystocie des épaules (*accès aux formations, logiciels, mannequin ...*) ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type ? .....

19. De votre initiative, consultez-vous les recommandations sur la dystocie des épaules ?

- Oui
- Non

20. De votre propre initiative, vous entraînez-vous à réaliser les manœuvres obstétricales de résolution d'une dystocie des épaules ?

- Oui
- Non

21. Avez-vous des besoins/attentes particulières auprès de votre maternité pour une meilleure prise en charge de la dystocie des épaules ?

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

22. La formation en équipe et en interprofession grâce à des exercices de simulation est-elle mise en place dans votre établissement pour la dystocie des épaules ?

- Oui
- Non

23. Dans votre établissement, avez-vous déjà participé à une RMM (*revue de morbidité ou mortalité*) sur la dystocie des épaules ?

- Oui
- Non

24. Consultez-vous à titre personnel :

- Des revues professionnelles
- Les recommandations de la HAS
- Les recommandations du Collège royal des obstétriciens et gynécologues (RCOG)
- Les protocoles de services
- Gynerisq
- Compte rendu du CREX
- Autres : .....

Merci pour votre participation

# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

## ECOLE DE SAGES-FEMMES

### **DYSTOCIE DES EPAULES:**

**« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information. »**

Albert Einstein

BUGEON Emy

**Introduction** - La dystocie des épaules est l'une des urgences obstétricales de salle de naissance les plus redoutées des professionnels de santé. Cette situation grave complique 0,5 à 1% des accouchements.

L'objectif est d'effectuer un état des lieux des connaissances de la sage-femme concernant la dystocie des épaules et de connaître la place que tient cette complication dans la formation initiale et continue.

**Matériel et Méthode** – Il s'agit d'une enquête rétrospective et quantitative auprès d'une cohorte de sages-femmes cliniciennes des secteurs public et privé effectuant des gardes en salle de naissance chaque année. Un questionnaire numérique et anonyme a été envoyé sur les boîtes mails des sages-femmes de 10 maternités de Haute-Normandie.

**Résultats et discussion** – Notre étude a permis d'établir un échantillon de 123 sages-femmes. La moyenne générale obtenue au test de connaissances est de 6,26/10. Le manque de pratique sur la réalisation des manœuvres de résolution de la dystocie des épaules est la principale problématique.

Les connaissances des sages-femmes sur la dystocie des épaules semble fragile avec un niveau de connaissance « moyen » pour 65% d'entre-elles. Cependant, l'apport théorique de la formation initiale ne doit pas être remis en question. Il existe encore une confusion entre le terme « difficulté » aux épaules et « dystocie » des épaules.

Le développement professionnel continu entre dans une démarche de qualité de gestion des risques et doit être l'un des piliers de notre métier de sage-femme.

**Conclusion** – Il faut sensibiliser les étudiants sages-femmes mais également les sages-femmes en activités sur l'importance d'être acteur de sa formation initiale et continue.

**Mots-clés** : Dystocie des épaules – Connaissances – Formation initiale – Formation continue – Sage-femme – urgence obstétricale.