



HAL
open science

Manœuvre de Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive rétrospective des pratiques professionnelles au Centre hospitalo-universitaire de Grenoble Alpes

Clémence Soulier

► **To cite this version:**

Clémence Soulier. Manœuvre de Couder et lésions périnéales: une enquête descriptive rétrospective des pratiques professionnelles au Centre hospitalo-universitaire de Grenoble Alpes. Gynécologie et obstétrique. 2021. <dumas-03327479>

HAL Id: dumas-03327479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327479v1>

Submitted on 27 Aug 2021

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.



HAL Authorization

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Manœuvre de Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive rétrospective des pratiques
professionnelles au Centre hospitalo-universitaire de Grenoble Alpes**

*Couder's maneuver and perinal tears : a retrospective descriptive study of professionals
practices at Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble Alpes*

Par Clémence Soulier

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le Mardi 15 Juin 2021
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2020 - 2021

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Manœuvre de Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive rétrospective des pratiques
professionnelles au Centre hospitalo-universitaire de Grenoble Alpes**

*Couder's maneuver and perineal tears: a retrospective descriptive study of professionals
practices at Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble Alpes*

Par Clémence Soulier
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le Mardi 15 Juin 2021
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Année 2020 – 2021

Résumé :

Objectif : Evaluer le taux de pratique de la manœuvre de Couder au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble-Alpes (CHUGA) en 2020. Evaluer et comparer le taux de lésions périnéales entre 2017 et 2020.

Matériel et méthodes : Etude descriptive, transversale monocentrique réalisée au CHUGA par consultation des dossiers médicaux des patientes ayant accouché au CHUGA du 1^{er} Janvier au 31 Décembre de chaque année.

Résultats : 2 930 dossiers ont été analysés. Le taux de manœuvre de Couder est de 32,12 % en 2020. On observe une modification de la distribution des lésions périnéales à l'exception des lésions du 3^{ème} et du 4^{ème} degré ($p < 0,05$).

Conclusion : La pratique de la manœuvre de Couder est récente au sein de l'établissement et participe à l'évolution des pratiques professionnelles au CHUGA. D'autres modifications des pratiques professionnelles jouent un rôle dans la modification de la distribution des lésions périnéales.

Mots clés : Lésions périnéales, manœuvre de Couder, évolution

Abstract :

Objective: Evaluate the rate of practice of Couder's maneuver in the University Hospital of Grenoble-Alpes (CHUGA) in 2020. Evaluate and compare the rate of perineal tears between 2017 and 2020.

Materials and method: Descriptive, cross-sectional, monocentric study carried out at the CHUGA by consulting the medical files of patients who gave birth at the CHUGA from the 1st of January to the 31st of December of each year.

Results: 2,930 files were analyzed. Couder's maneuver rate is 32.12 % in 2020. A modification of the distribution of perineal tears was observed, except for 3rd and 4th degree ($p < 0.05$)

Conclusion: The practice of the Couder maneuver is recent within the institution and participates in the evolution of professional practices at the CHUGA. Other changes in professional practices play a role in changing the distribution of perineal tears.

Key words: Perineal tears, Couder's maneuver, evolution

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Madame Claire Baudon, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Présidente du jury ;

Monsieur le Professeur Didier Riethmuller, gynécologue-obstétricien, PU-PH Chef de Service à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, Co-président du jury et directeur de ce mémoire ;

Madame Laurence Combet-Blanc, sage-femme coordinatrice au CH de Voiron, Sage-femme invitée du jury ;

Monsieur Lionel Curto, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-directeur de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Monsieur le Professeur Didier Riethmuller, gynécologue-obstétricien, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier et responsable médical du département universitaire de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction à l'Hôpital Couple Enfant , CHU Grenoble-Alpes, Directeur de ce mémoire ;

Pour vos précieux conseils, votre disponibilité tout au long de ce travail mais également pour m'avoir intéressée et sensibilisée au sujet de la prévention des lésions périnéales et à la pratique de la manœuvre de Couder. Ce travail a permis de forger ma future pratique de sage-femme;

Monsieur Lionel Curto, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-directeur de ce mémoire ;

Pour toute l'aide que vous avez pu m'apporter dans l'élaboration de ce travail. Votre soutien tout au long de l'année et vos remarques pertinentes ont permis l'aboutissement de ce mémoire;

Monsieur Lionel Di Marco, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pour votre accompagnement et votre soutien toujours bienveillant pendant ces quatre années d'études ;

L'ensemble des enseignants et la directrice du Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Pour l'engagement que vous démontrez dans la formation et l'accompagnement des futures sages-femmes.

Je remercie plus particulièrement

Tous les professionnels de santé et toutes les patientes que j'ai pu rencontrer ;

Pour avoir participé de près ou de loin à ma formation de sage-femme ;

Mes copines de promotion ;

Pour tous les moments que nous avons vécu depuis que nous nous connaissons, pour tout le soutien et l'amitié que vous me témoignez ;

Marie et Marion ;

Pour votre aide au moment du recueil des données, pour tous les projets qu'il nous reste à accomplir ;

Mes amies Dune Camille et Céline ainsi que ma famille ;

Pour le soutien et l'amour que vous me portez depuis si longtemps ;

Elisa ;

Pour être toujours là depuis 13 ans, malgré la distance ;

Guillaume ;

Pour avoir été si présent et pour m'avoir donné tant de courage durant cette période pas toujours évidente.

Table des matières

Abréviations	8
1. Introduction	9
2. Matériel et méthodes	13
2.1 Type d'étude.....	13
2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	13
2.3 Recueil de données	13
2.4 Variables étudiées.....	14
2.5 Critères de jugement.....	15
2.6 Analyse statistique.....	16
3. Résultats.....	17
3.1 Diagramme de flux.....	17
3.2 Description des deux populations	18
3.3 Taux de pratique de la manœuvre de Couder	21
3.4 Lésions périnéales	22
4. Discussion	23
4.1 Discussion de la méthode.....	23
4.1.1 Points forts	23
4.1.2 Limites et biais.....	23
4.2 Discussion des résultats.....	24
4.2.1 Caractéristiques du groupe.....	24
4.2.2. Pratique de la manœuvre de Couder	26

4.2.3 Evolution des lésions périnéales	28
6. Conclusion.....	33
Références bibliographiques	35
Annexes.....	37

Abréviations

APO : Administration Prophylactique d'Oxytocine

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français

DMO : Dossier Médico-Obstétrical

DPIO : Décollement du Pôle Inférieur de l'Œuf

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

HCE : Hôpital Couple Enfant

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

LOSA : Lésion Obstétrical du Sphincter Anal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PG : Prostaglandines

RAM : Rupture artificielle des membranes

1. Introduction

Les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2018 sur la prévention des lésions périnéales lors de l'accouchement (1) mentionnent que la prévention des lésions périnéales doit être une priorité pour tous les acteurs de l'obstétrique. Les lésions périnéales peuvent avoir des conséquences sur la vie gynécologique et sexuelle des femmes (incontinences urinaires, aux gaz, aux matières, dyspareunies etc.). Différents groupes d'études ont été constitués afin d'élaborer ces recommandations. Certains ont évalué les interventions au cours de la grossesse et de l'accouchement qui peuvent diminuer le risque de lésions périnéales ainsi que le risque d'incontinence, par analyse de la littérature : Schantz et al. se sont intéressés aux éléments protecteurs pendant la grossesse (2) tandis que Riethmuller et al. ont étudié la littérature concernant le dégagement (3).

Certains gestes sont recommandés comme le contrôle manuel de l'expulsion de la tête fœtale associé au soutien du périnée postérieur (Grade C) (3) ainsi que le massage périnéal pendant la grossesse (Grade B) (2). D'autres gestes manquent d'études pour affirmer leur efficacité.

Un groupe d'étude (3) mentionne que la technique du Couder semblerait diminuer le risque de lésions périnéales du second degré.

D'après l'ouvrage « *Mécaniques et Techniques obstétricales* », la manœuvre du Couder « *consiste en l'abaissement du bras antérieur en le dirigeant grâce aux deux doigts placés en attelle ce qui en réduisant le diamètre bi-acromial en acromio-thoracique permet de désenclaver l'épaule postérieure* » (4). Elle a été décrite la première fois par Louis Couder en 1891 dans sa thèse intitulée « *De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête* » (5). Cette thèse s'appuie sur une remarque de Mme Lachapelle, sage-femme, enseignante et directrice de la Maison d'accouchement à Paris, dans les années 1795 (6). Dans son ouvrage « *Pratique des accouchements* » paru en 1821, elle écrit « *Il faut avoir soin de*

soutenir le périnée pendant que les épaules passent, surtout si la tête a déjà endommagé la fourchette, car alors les épaules achèvent la rupture totale », ce à quoi elle ajoute « *Cette entamure préliminaire n'est pas toujours nécessaire ; on voit souvent les épaules rompre un périnée jusque-là intact lorsque le bas qui est en arrière sort ployé* ». Le Docteur Couder a donc décidé d'en rechercher la raison. Après de nombreuses mesures, il en arrive à la conclusion suivante : le corps est plus volumineux que la tête, et donc impose au périnée une distension plus importante. En effet, le tronc a un diamètre plus large d'environ 3,1 centimètre au niveau de la circonférence bi-cubitale. Qui plus est, les épaules et les coudes sont des zones anguleuses et dures, ce qui augmente le risque de déchirure du périnée. C'est pourquoi il en a conclu qu'il faut trouver une solution pour diminuer le volume au niveau du tronc, et notamment en agissant au niveau des membres supérieurs, afin de réduire le nombre de déchirures périnéales.

Il s'est rendu compte que quelques fois, lors de l'abaissement de l'épaule antérieure, le bras entier s'abaisse (en fonction de la position fœtale in utero). Après avoir fait des mesures du diamètre di-deltaïdien et bi-cubital, il a observé une diminution d'environ deux centimètres. Il a ainsi proposé de pratiquer volontairement l'abaissement du bras antérieur lors de l'expulsion de l'épaule antérieure.

La manœuvre est décrite de la manière suivante (figure 1). Il faut d'abord abaisser la tête fœtale afin de faire apparaître le moignon de l'épaule puis l'humérus. Cela permet également à l'épaule postérieure de s'enfoncer en arrière du périnée postérieur et de ne pas risquer d'apparaître à la vulve. Ensuite, il faut saisir l'humérus antérieur entre le pouce et l'index et de le pousser vers le dos fœtal. Cela permet le dégagement du coude puis de l'avant-bras et de la main. Enfin, on relève la tête et on extrait le tronc en l'incurvant contre la symphyse pubienne avec précaution. Cela permet la déflexion du bras postérieur et ainsi d'éliminer l'angulation dangereuse du coude.



Figure 1 : La manœuvre de Couder (Thèse de Louis Couder 1891)

En comparaison avec la méthode classique et la méthode d'abaissement de l'épaule postérieure (proposée par Auvard et Lefour), c'est la seule qui n'a aucune circonférence équivalente au diamètre occipito-frontal (figure 2). C'est une manœuvre qui a donc été créée afin de participer à la prévention des lésions périnéales.

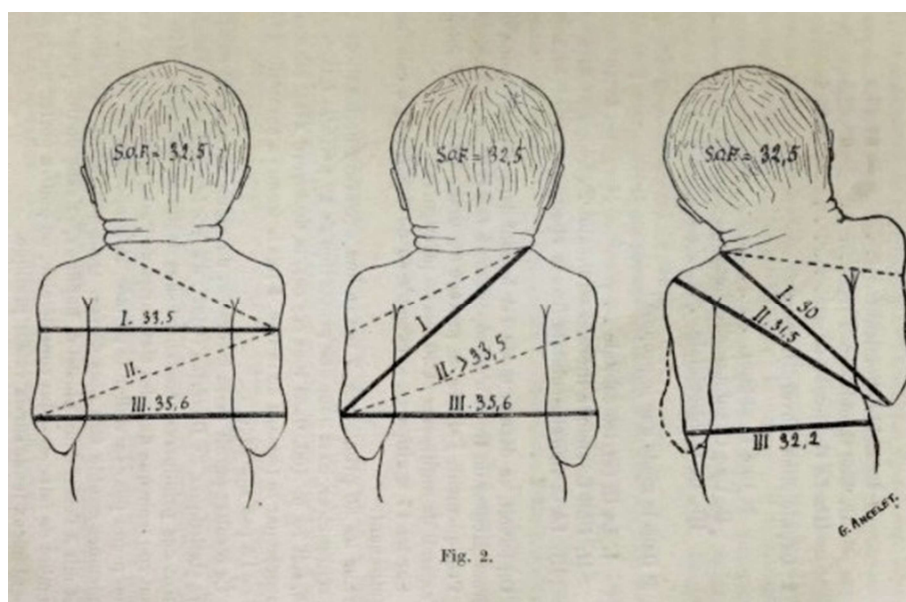


Figure 2 : Comparaison des circonférences entre les trois méthodes décrites par le docteur Couder (Thèse de Louis Couder 1891)

En France, la manœuvre de Couder est effectuée dans certains centres. A ce jour, trois études existent : une étude de cohorte rétrospective réalisée sur 199 nullipares lors d'accouchements par voie basse spontanée (7), une seconde cohorte rétrospective concernant les extractions instrumentales (8) et une troisième qui s'intéresse à la pratique de l'épisiotomie sélective associée à la manœuvre de Couder (9). Ces trois études ont les mêmes conclusions : on observe une diminution des déchirures périnéales du 2^{ème} degré sans augmentation des lésions obstétricales du sphincter anal.

Depuis 2019, cette manœuvre est pratiquée au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Des séances de formation sous forme de simulations sur mannequin par le Professeur Didier Riethmuller (Professeur des Universités - Praticien Hospitalier et responsable médical du département universitaire de Gynécologie-Obstétrique et Médecin de la Reproduction à l'Hôpital Couple Enfant au sein du CHUGA) ont eu lieu pour les opérateurs en 2019 et 2020. Après cinq séances de formation, il était intéressant de faire un état des lieux sur la pratique de la manœuvre de Couder. Nous avons donc décidé d'évaluer le taux de manœuvre de Couder effectué sur les accouchements par voie basse spontanée. Ce taux ne sera pas autour des 100 %, compte-tenu de la nouveauté de la pratique au sein de l'établissement, mais nous pouvons imaginer qu'il sera présent dans de nombreux accouchements. En objectif secondaire, nous avons décidé d'évaluer le taux de lésions périnéales, afin d'évaluer l'impact de la pratique de la manœuvre de Couder sur la distribution des lésions périnéales. D'après les études qui ont été menées jusque-là (7-9), nous pouvons imaginer que nous verrons une répartition différente des lésions périnéales. En effet, le taux de lésions du 2^{ème} degré devrait être en diminution, tandis que le taux de périnéés intact devrait augmenter.

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

L'étude que nous avons décidé de mener est une étude épidémiologique observationnelle descriptive. C'est une enquête de pratique monocentrique rétrospective sur les accouchements ayant eu lieu pendant l'année 2020 et 2017. Nous avons mené cette étude au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). L'étude a débuté en Janvier 2020 et s'est achevée en Avril 2021.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les patientes ayant accouché eutociquement d'un singleton vivant en présentation céphalique par voie basse spontanée à un terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhées (SA). À ce titre, nous avons exclu les accouchements extra hospitaliers ainsi que les transferts effectués après la naissance. De même, nous avons exclu les accouchements qui n'ont pas été effectués par les sages-femmes c'est-à-dire les accouchements par voie basse ayant nécessité une instrumentation (forceps, spatules, ventouse) ou une manœuvre (pour dystocie des épaules par exemple). Pour effectuer la sélection, nous avons consulté les registres de naissance des années 2017 et 2020 puis nous avons extraits les dossiers qui correspondaient aux critères d'inclusions.

2.3 Recueil de données

Notre étude étant basée sur la consultation des données médicales extraites du dossier médical des patientes, c'est une étude n'impliquant pas la personne humaine. Nous avons eu l'accord du chef de service pour la réalisation de cette étude. Nous avons envoyé notre protocole de

recherche à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation (DRCI) du CHUGA et avons pu débiter notre étude après remise de documents (annexe 1 et 2).

Nous avons eu accès au logiciel Easily® qui est le logiciel sur lequel se trouvent les dossiers médicaux des patientes incluses. Nous avons reporté les variables recherchées dans un tableau Excel® en anonymisant les données (un numéro a été attribué à chaque patiente au fur et à mesure du recueil).

2.4 Variables étudiées

Les variables de l'étude ont été recueillies sur le Dossier Médical et Obstétrical (DMO) de chaque patiente. Tout d'abord, nous avons défini des variables afin de décrire chaque groupe de l'étude (afin de définir si les deux groupes sont comparables). Les variables quantitatives sélectionnées sont les suivantes : l'âge en années, la parité et la gestité sans unités, la taille en mètres, le poids en kilogrammes (kg), l'Indice de Masse Corporel (IMC) en kilogrammes par mètre carrés, la prise de poids pendant la grossesse en kilogramme, le terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhées, le poids du nouveau-né à la naissance en grammes (g), le score d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes (min) de vie. Concernant les variables qualitatives, nous avons sélectionné : la présence de diabète gestationnel, d'hypertension artérielle (HTA) ou d'autres pathologies (hospitalisation pendant la grossesse, anémie ayant nécessité une cure de fer par perfusion, cerclage, thrombopénie, cholestase gravidique, infections urinaires ou pyélonéphrite, pathologie ayant nécessité l'hospitalisation en service de grossesses à haut risque pendant la grossesse), le mode de début de travail (spontané ou déclenchement), ainsi que le type de déclenchement : ballonnet, perfusion d'oxytocine (Syntocinon®), prostaglandines (PG), rupture artificielle des membranes (RAM), décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO), le mode d'accouchement (voie basse spontanée, instrumentation, césarienne), le type de

délivrance (délivrance dirigée complète, incomplète, délivrance naturelle complète, incomplète), la présence d'une hémorragie du post partum ou d'une autre intervention dans le post partum (délivrance artificielle, révision utérine, mise en place d'une perfusion d'oxytocine), présence d'une réanimation néonatale, nécessité d'un transfert maternel ou néonatal.

2.5 Critères de jugement

Le critère de jugement principal a été défini comme la présence ou l'absence d'une manœuvre de Couder au moment de l'expulsion de l'épaule antérieure (mentionné dans le DMO dans la partie « mode d'accouchement »).

Le critère de jugement secondaire a été défini comme la présence et le type de lésion périnéale.

La classification de ces lésions a été effectuée selon la classification du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (10), initialement décrite par Sultan en 1999 (11). C'est également la classification de l'OMS. C'est la classification la plus retrouvée dans la littérature scientifique. Le périnée intact correspond à l'absence de lésions. Le 1^{er} degré correspond à une atteinte de l'épithélium vaginal ou vulvaire. Le 2^{ème} degré correspond à une atteinte du muscle périnéal (noyau fibreux central du périnée). Le 3^{ème} degré correspond à une atteinte du sphincter anal externe (niveau a étant une atteinte de moins de 50 % du sphincter, niveau b étant une atteinte de plus de 50 % du sphincter anal externe, niveau c étant une atteinte du sphincter anal interne). Le 4^{ème} degré correspond à une atteinte de la muqueuse anale. Les lésions du 3^{ème} et 4^{ème} degré sont regroupées sous l'appellation de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA). La correspondance avec la classification française a été effectuée par le CNGOF (tableau I).

Tableau I : classification lésions périnéales RCOG-OMS avec correspondance classification française. CNGOF 2019

Classification française		Classification RCOG-OMS	Lésions anatomique
Périnée intact		Périnée intact	Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Epithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^{ème} degré	Muscle du périnée (noyau fibreux central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^{ème} degré a	Moins de 50% du sphincter anal externe
		3 ^{ème} degré b	Plus de 50% du sphincter anal externe
		3 ^{ème} degré c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^{ème} degré	Muscleuse rectale

2.6 Analyse statistique

Concernant l'analyse statistique, nous avons exploité les données avec le logiciel R4web®. Nous avons d'abord à une description des deux groupes d'études à l'aide des paramètres de dispersion et de position sur les variables sélectionnées. Puis nous avons effectué les traitements statistiques sur le critère de jugement principal et secondaire en déterminant les pourcentages de manœuvre de Couder en 2017 et 2020 ainsi que les pourcentages de chaque type de lésions périnéales en 2017 et 2020. Nous pourrions ainsi comparer ces pourcentages entre 2017 et 2020. Afin de comparer les données entre 2017 et 2020, nous avons réalisé des tests statistiques sur les données. Pour les données quantitatives, nous avons réalisé un test de Student. Quant aux données qualitatives : un test du Chi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5 et un test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5. Lorsqu'il n'existait aucune donnée pour une des années, il n'a pas été possible de réaliser un test statistique. Le seuil de significativité a été choisi à p-valeur < 0,05, comme classiquement retrouvé dans la littérature scientifique.

3. Résultats

3.1 Diagramme de flux

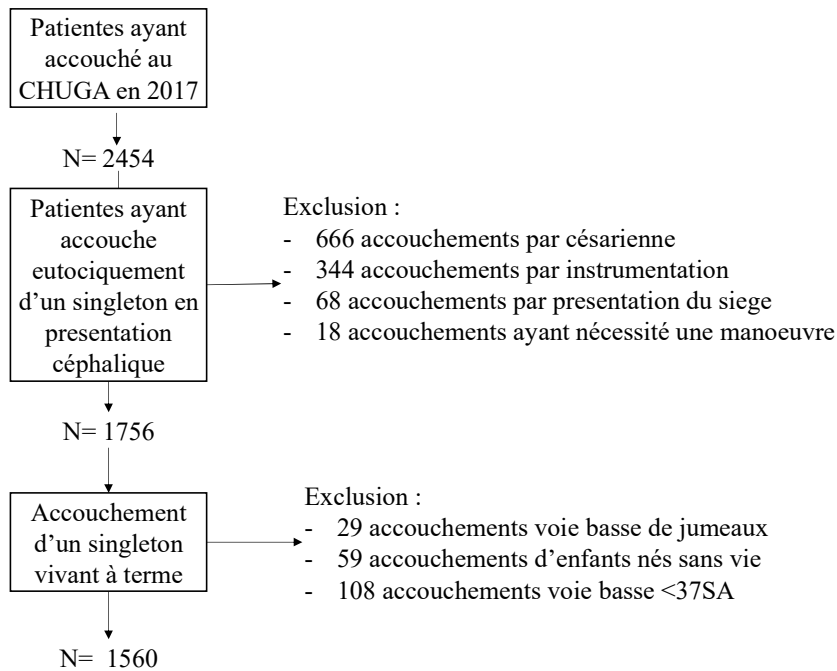


Figure 4 Flowchart de l'année 2017

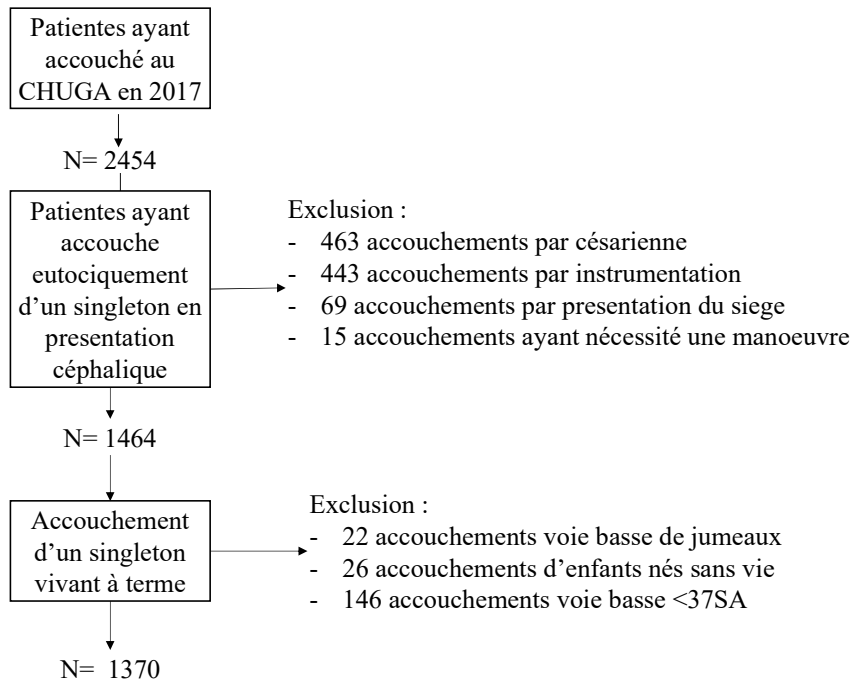


Figure 3 Flowchart de l'année 2020

3.2 Description des deux populations

Tableau II : Caractéristiques materno-foetales

	2017 n= 1560	2020 n = 1370	p-valeur
Age en années, moy (ET)*	29.73 (± 5,36)	29.65 (± 5,50)	> 0.05
Gestité, Me (q1-q 3) * ²	2 (1-3)	2 (2-4)	> 0.05
Parité, Me (q1-q 3)	2 (1-3)	2 (1-3)	> 0.05
IMC en kg/m ² , moy (ET)	23.74 (± 5.64)	24.20 (± 5.45)	> 0.05
Prise de poids pendant la grossesse en kg, Me (q1-q 3)	12 (8.38-15)	12 (9.0 – 16.0)	> 0.05
Comorbidités			
Diabète (n, %)	192 (12.30 %)	210 (15.35 %)	<0.05
HTA (n, %)	23 (1.48 %)	19 (1.39 %)	> 0.05
Autres (n, %)	181 (11.61 %)	274 (20.02 %)	<0.001
Accouchement			
<i>Mode de début de travail, n (%)</i> * ³			
Spontané	1143 (73.26 %)	1160 (84.73 %)	< 0.001
Oxytocine	194 (12.44 %)	70 (5.11 %)	< 0.001
PG	221 (14.17 %)	65 (4.75 %)	< 0.001
Ballonnet	-	70 (5.11 %)	< 0.001
RAM	-	4 (0.29 %)	-
DPIO	2 (0.13 %)	-	-
Données manquantes	-	1 (0.00073 %)	-
<i>Terme en SA, Me (q1-q3)</i>	39.86 (39 – 40,57)	40 (39.18 – 40.71)	> 0.05
<i>Délivrance (n, %)</i>			
Dirigée complète	1359 (87.05 %)	1291 (94.23 %)	< 0.001
Naturelle complète	62 (2.56 %)	8 (2.11 %)	< 0.001
Dirigée incomplète	135 (8.39 %)	71 (5.18 %)	< 0.001
Naturelle incomplète	4 (0.25 %)	-	
<i>Complications</i>			
Hémorragie (n, %)	55 (3.53 %)	75 (5.47 %)	< 0.05
Autre (n, %)	178 (11.41 %)	180 (13.14 %)	> 0.05
<i>Transfert maternel (n, %)</i>	1 (0.06 %)	2 (0.15 %)	> 0.05
Nouveau-né			
Sexe (n, %)			
Féminin	770 (49.38 %)	669 (48.83 %)	> 0.05
Masculin	789 (50.61 %)	701 (51.17 %)	> 0.05
Données manquantes	1 (0.06 %)	-	-
Poids en kg [med, Q1-Q3]	3310 (3030 – 3587)	3330 (3040 – 3620)	> 0.05

Apgar à 1/3/5/10 min [med ; Q1-Q3]	10 (10 – 10)	10 (10 – 10)	> 0.05
Réanimation néonatale (n,%)	85 (5.45 %)	70 (5.11 %)	> 0.05
Transfert néonatal (n,%)	36 (2.31 %)	33 (2.41 %)	> 0.05

*Moyenne (écart type)

*2 Médiane (1^{er} quartile – 3^{ème} quartile)

*3 Nombre (pourcentage)

Concernant les caractéristiques d'âge, de gestité, de parité et de prise de poids pendant la grossesse, il n'y a pas de différence entre les deux populations ($p > 0,05$), elles sont donc comparables. La moyenne d'âge se trouve entre 29, 73 ans ($\pm 5,36$) pour 2017 et 29, 65 ans ($\pm 5,50$) pour 2020, la médiane de la gestité se trouve à deux pour les deux groupes (l'écart type étant entre un et trois pour 2017 et entre un et quatre pour 2020). En ce qui concerne la parité, la médiane est également à deux (1-3) pour les deux groupes. L'IMC oscille entre 23,74 ($\pm 5,64$) en 2017 et 24,20 ($\pm 5,45$) pour 2020.

Certaines comorbidités ont évolué entre 2017 et 2020. En effet, le taux de diabète gestationnel a augmenté ($p < 0,05$), passant de 12,30 % en 2017 (192 patientes) à 15,35 % en 2020 (210 patientes). Il n'y a pas d'évolution en ce qui concerne la prévalence de pathologies hypertensives ($p > 0,05$) : 23 patientes ont eu des troubles hypertensifs en 2017 (soit 1,48 %) et 19 en 2020 (soit 20,02 %). Il a une augmentation des autres pathologies de la grossesse ($p < 0,001$). Le taux est passé de 11,61 % en 2017 (181 patientes) à 20,02 % (274 patientes).

À propos de l'accouchement, on observe une modification des modes de mise en travail. Le taux de mise en travail spontané a augmenté ($p < 0,001$), puisqu'il est passé de 73,26 % en 2017 à 84,73 % en 2020 (cela correspond à 1143 patientes en 2017 contre 1160 patientes en 2020). On observe une diminution du taux de déclenchement par oxytocine ($p < 0,001$) : 194 patientes ont été déclenchées par perfusion d'oxytocine en 2017 (soit 12,44 %) en 2017 contre 70 en 2020 (soit 5,11 %). On observe également une diminution du déclenchement par prostaglandines (221 patientes (14,17 %) en 2017 contre 65 patientes (4,75 %) en 2020). Nous avons également vu apparaître le déclenchement par ballonnet intra-utérin puisque cela

concernait 70 patientes en 2020, c'est-à-dire 5,11 % des mises en travail. Les modes de déclenchement par RAM ou DPIO restent rares : quatre déclenchements par RAM en 2020 (0,29 %) et deux déclenchements par DPIO en 2017 (0,13 %).

Le terme de l'accouchement reste similaire entre les deux groupes : 39,86 SA en 2017 (39-40,57) et 40 SA en 2020 (39,18-40,71).

Si nous nous intéressons à la délivrance, nous voyons une augmentation du taux de délivrance dirigée complète ($p < 0,001$) : 87,05 % (soit 1359 patientes) en 2017 contre 94,23 % (soit 1291 patientes) en 2020. Nous observons également une diminution des délivrance naturelles complètes ($p < 0,001$), le taux passant de 2,56 % à 2,11 % (cela concernait 62 patientes en 2017 et huit patientes en 2020). Nous n'observons cependant pas d'augmentation des délivrances dirigées incomplètes (aucune n'a été déclarée en 2020 et quatre en 2017, $p > 0,05$). Nous notons également une diminution des taux de délivrance dirigée incomplète ($p < 0,001$ puisque cela touchait 135 femmes en 2017 (8,39 %) et 71 femmes en 2020 (5,18 %)).

Pour les complications de l'accouchement, on observe une légère augmentation du taux d'hémorragie de la délivrance ($p < 0,05$) : 55 patientes ont eu une hémorragie de la délivrance en 2017, soit 3,53 % contre 75 en 2020, soit 5,47 %. Il n'y a pas de changements relatifs aux autres interventions du post partum ($p > 0,05$) : 178 femmes en 2017 (11,46 %) et 180 en 2020 (13,14 %). Les transferts maternels restent rares et le taux restent donc similaire ($p > 0,05$) : une (0,06 %) en 2017 et 2 (0,15 %) en 2020.

À propos des caractéristiques des nouveau-nés, il n'y a pas de différence significative pour le sexe ($p > 0,05$): il y a eu 770 filles (49,38 %) et 789 garçons (50,61 %) en 2017 contre 669 filles (48,83 %) et 701 garçons (51,17 %) en 2020. Le poids reste également identique entre les deux années : 3310 g (3030-3587) en moyenne en 2017 et 3330 g (3040-3620) en 2020. Il en est de même pour le score d'Apgar à 1, 3, 5, et 10 min de vie : la médiane se trouve à 10 pour les deux groupes (10-10). Nous n'observons pas de modifications à propos du taux de réanimation (p -

value > 0,05) et transfert néonatal ($p > 0,05$). En effet, la réanimation concernait 85 enfants en 2017 (soit 5,45 %) et 70 enfants en 2020 (soit 5,11 %). Il y a eu 36 transferts néonataux en 2017 (2,31 %) et 33 en 2020 (2,41 %).

3.3 Taux de pratique de la manœuvre de Couder

Tableau III : Pratique de la manœuvre de Couder en 2020 sur les accouchements voie basse spontanés

	n = 1370
Pratique de la manœuvre de Couder	
Effectuée (n, %)	424 (32,12 %)
Non effectuée (n, %)	894 (65,73 %)
Echec (n, %)	2 (0,15 %)
Données manquantes (n, %)	50 (0,46 %)

La manœuvre de Couder ne faisait pas partie des pratiques de l'établissement pendant l'année 2017, nous avons admis donc que le taux de pratique était de 0 %. En ce qui concerne l'année 2020, on observe un taux de **32,12 %**, soit un tiers des accouchements de notre population d'étude. On remarque qu'il y a 50 données manquantes. En effet, pour ces dossiers, la pratique ou non de la manœuvre n'était pas renseignée. On observe également deux échecs de la manœuvre au moment de l'accouchement (0,15 %).

3.4 Lésions périnéales

Tableau II : Lésions périnéales en 2020 et 2017

	2017 N=1560	2020 N= 1370	p-value
Périnée intact (n, %)	328 (21.11 %)	428 (31.47 %)	< 0,001
1 ^{er} degré (n, %)	844 (54.31 %)	740 (54.41 %)	> 0.05
2 ^{ème} degré (n, %)	231 (14.87 %)	162 (11.91 %)	< 0,05
3 ^{ème} degré (n, %)	9 (0.58 %)	8 (0.58 %)	> 0.05
A (n, %)	-	3 (0.22 %)	-
B (n, %)	-	4 (0.29 %)	-
C (n, %)	-	1 (0.074 %)	-
4 ^{ème} degré (n, %)	-	1 (0.074 %)	-
Épisiotomie (n, %)	142 (9.14 %)	18 (1.32 %)	< 0,001
Données manquantes (n, %)	6 (0.38 %)	13 (0.94 %)	> 0.05

En ce qui concerne les lésions périnéales, on observe une augmentation significative des taux de périnée intacts ($p < 0,001$) entre 2017 et 2020 (328 périnées intacts en 2017 soit 21,11 % contre 428 en 2020 soit 31,47 %). Le taux de lésions du 1^{er} degré est resté stable ($p > 0,05$) : en effet, 844 femmes ont eu une lésion périnéale du 1^{er} degré en 2017 (54,31 %) et 740 en 2020 (54,41 %). On remarque une diminution du taux de lésion du 2^{ème} degré ($p < 0,05$) : 14,87 % (soit 231 cas) en 2017 contre 11,91 % (soit 162 cas) en 2020. La nomenclature utilisée en 2017 ne nous a pas permis de classer les lésions du troisième degré en 2017. Cependant, le taux reste faible et inférieur à 1 % dans les deux groupes ($p > 0,05$). En effet, nous dénombrons neuf lésions de ce type en 2017 (0,58 %) et huit en 2020 (0,58 %). Il n'y a eu aucune lésion du 4^{ème} degré en 2017, et un cas en 2020 (soit 0,074 %). Le taux d'épisiotomie a fortement diminué ($p < 0,001$) : il est passé de 9,14 % en 2017 (soit 142 épisiotomies) à 1,32 % en 2020 (soit 18 épisiotomies). Nous notons également qu'il y a six données manquantes en 2017 (0,38 %) et 13 en 2020 (0,94%).

4. Discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Points forts

Le premier point fort de notre étude est la puissance statistique. En effet, nous avons sélectionné 1 560 dossiers pour l'année 2017 et 1 370 pour l'année 2020, ce qui donne un nombre de dossiers total de 2 930, ce qui représente une base de données conséquente pour l'analyse statistique. Nous observons également peu de données manquantes (nous avons pu observer au maximum un manque de données de 50, qui correspond aux mentions manquantes de la pratique ou non de la manœuvre de Couder).

De même, ces deux populations sont relativement comparables. En effet, nous avons vu que les critères des participants en termes d'âge, d'IMC, de gestité, de parité étaient comparables. Il en est de même pour les nouveau-nés (en termes de poids, de score d'Apgar, de réanimation et de transfert néonatal). Nous discuterons des modalités d'accouchement ainsi que les modes de début de travail dans la suite de la discussion.

C'est également une étude qui s'appuie sur plusieurs études scientifiques qui ont été réalisées sur une même équipe, sur plusieurs populations et périodes différentes. Elles ont prouvé l'association entre la réalisation de la manœuvre de Couder et la réduction des lésions périnéales du 2^{ème} degré.

4.1.2 Limites et biais

Notre étude présente des biais. Tout d'abord nous pouvons parler du biais de sélection. En effet, nous avons choisi de ne sélectionner que les patientes ayant accouché eutociquement à terme d'un singleton en présentation céphalique, ce qui limite l'extrapolation des données aux autres populations (comme l'accouchement instrumental). De même, nous avons choisi de comparer

les résultats de 2020 à l'année 2017. Les pratiques entre 2017 et 2020 ont changé. En effet, les recommandations sur l'accouchement physiologique ont été publiées en décembre 2017 (12), ce qui a pu influencer dans les pratiques professionnelles depuis 2017. Cela représente donc également un biais dans la sélection des populations d'étude.

À cela nous pouvons ajouter le biais d'information et de déclaration. En effet, dans les dossiers la mention de la pratique de la manœuvre de Couder a pu ne pas être indiquée par inadvertance alors qu'elle a été effectuée et inversement. De même, lors du recueil, nous pouvons avoir fait des erreurs dans la saisie des données.

En termes de limitation, nous pouvons dire que la sélection de la population d'étude ne permet pas d'étendre les résultats aux autres populations. Également, l'étude n'a été réalisée qu'au CHUGA, elle n'est donc pas extrapolable aux autres établissements de santé.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Caractéristiques du groupe

Nous avons vu que nos deux groupes d'études étaient comparables sur certains critères : l'âge, la parité, la gestité, l'IMC, la prise de poids pendant la grossesse, le terme de l'accouchement, le poids des nouveau-nés à la naissance, le score d'Apgar, le transfert ou la réanimation néonatale.

Concernant les comorbidités, nous avons observé une augmentation du taux de diabète gestationnel entre 2017 et 2020 (15,35 %, $p < 0,05$). Cela peut être expliqué par l'augmentation de la prévalence de comorbidité comme l'âge et l'IMC des patientes, bien que nos deux groupes restent comparables pour ces deux paramètres. En effet, santé publique France prévoit une augmentation du taux de diabète gestationnel, proportionnellement à l'augmentation du nombre de grossesses après 35 ans ainsi que l'augmentation de l'IMC de la population générale (13).

Nous n'avons cependant pas de conséquences en termes d'augmentation du poids des enfants à la naissance.

Comme dit précédemment dans les résultats, nous avons remarqué que les différents modes de mise en travail avaient évolué : le taux de mise en travail spontanée a augmenté (84,73 % en 2020, $p < 0,001$) , le taux de déclenchement par oxytocine et par prostaglandine a diminué (respectivement 5,11 % en 2020 , $p < 0,001$ et 4,75 % en 2020, $< 0,001$). Nous avons également vu l'apparition du déclenchement par ballonnet intra-utérin (5,11 %, $p < 0,001$). En effet, les pratiques professionnelles de déclenchement ont changé, comme expliqué dans la thèse de Vanneaux intitulée « *Déclenchement artificiel du travail : création d'une classification permettant l'évaluation des pratiques* » présentée en 2020 (14). Ce travail s'est appuyé sur une classification en groupes afin d'évaluer les pratiques de déclenchement dans les différents établissements. Dans un deuxième temps, ils se sont intéressés aux pratiques de déclenchement au sein du CHUGA. Ils ont observé une baisse significative du taux de déclenchement entre 2017 et 2019 (5,6 %). Cela est expliqué par de nouvelles pratiques de déclenchement auxquelles s'ajoutent une discussion en équipe des dossiers concernés par un déclenchement. Cela peut donc expliquer la différence statistiquement significative entre les deux années.

Enfin, nous avons remarqué une augmentation du taux de délivrance dirigée complète ou APO pour administration prophylactique d'oxytocine (94,23 % en 2020, $p < 0,001$) ainsi qu'une diminution du taux de délivrances naturelles complètes donc sans APO (2,11% en 2020, $p < 0,001$). Cela peut également être expliqué par la modification des pratiques professionnelles engendrées par les recommandations sur l'accouchement physiologique (12). En effet, ces dernières ont insisté sur l'importance de l'APO dans la prévention des hémorragies de la délivrance.

Le taux d'hémorragie de la délivrance a quant à lui augmenté (5,4 % en 2020, $p < 0,05$), mais reste dans les taux nationaux. En effet, une revue de la littérature réalisée en 2014 évalue le taux d'hémorragies du post partum à 5 % et à 10 % lorsque les pertes sont quantifiées (15).

4.2.2. Pratique de la manœuvre de Couder

Nous avons un effectif de manœuvre de Couder de 424 soit un taux de 32,12 %. Cinquante dossiers médicaux (soit 0,46 %) informatisés n'étaient pas renseignés et deux cas d'échec de la manœuvre ont été renseignés (soit 0,15 %). Ce taux est similaire à une étude s'intéressant à la pratique de la manœuvre de Couder chez les sages-femmes dans le même établissement sur la même année (16). Le taux de pratique a été évalué à 33 %, en se basant sur un échantillon de 217 naissances s'étant déroulées en Avril et Novembre 2020. Dans une étude menée dans une maternité de type 3 à Besançon entre Juillet 2012 et Mars 2013 (9), le taux de pratique de la manœuvre de Couder dans le bras associant pratique de la manœuvre de Couder et pratique sélective de l'épisiotomie, s'élevait à 5 %. Il faut savoir que la manœuvre de Couder a été introduite depuis seulement un an au CHUGA, et qu'elle est présente depuis plus longtemps à Besançon au moment de l'étude.

Nous pourrions nous intéresser aux motivations et aux freins des professionnels à réaliser la manœuvre. L'étude de Carron (16) s'est intéressée à la formation et les connaissances des sages-femmes sur la pratique de la manœuvre de Couder (l'étude a été menée sur 30 sages-femmes). En ce qui concerne la formation de l'équipe des sages-femmes, nous savons qu'il y a eu cinq séances de formation en 2020. Dans l'étude de Carron (16), 21 sages-femmes ont déclaré avoir eu une formation (sept d'entre elles avaient eu une formation lors de leur études initiales), soit 70 % de l'échantillon initial. Cependant, ces résultats doivent être nuancés. Effectivement, il y a probablement un biais de sélection puisque la population ne représente

qu'un échantillon de la population que représentent les sages-femmes du CHUGA. L'étude se base également sur une participation volontaire des sages-femmes dans la réponse du questionnaire.

En ce qui concerne la faisabilité de la pratique de la manœuvre de Couder, dans l'étude menée en 2020 par Carron (16), 23 sages-femmes ont répondu que la manœuvre était « facile » ou « assez facile », (soit 77 %) en position gynécologique, contre une seule qui a répondu que la manœuvre était « assez facile » dans un accouchement dans une autre position gynécologique. L'étude observationnelle menée sur 199 nullipares en 2018 (7), a mentionné que la manœuvre était facile pour les opérateurs dans 80 % des cas. Elle était modérément aisée dans 12 % des cas et difficile dans 8 % des cas. Nous n'avons cependant aucune indication sur la position d'accouchement dans cette étude.

Nous pouvons ainsi conclure que les opérateurs se sentent à l'aise dans la pratique de la manœuvre de Couder en position gynécologique, et que ce n'est pas la faisabilité de la manœuvre de Couder dans cette position qui limite sa pratique clinique. Nous pourrions nous interroger sur la pratique et l'apprentissage de la pratique de la manœuvre de Couder dans les autres positions d'accouchement que la position de Rosa (décubitus latéro-ventral, position assise), afin d'expliquer si la position d'accouchement influence la pratique de cette manœuvre, ainsi que le taux observé de la manœuvre en 2020 au CHUGA. Il faut également nuancer les chiffres de notre étude car la manœuvre de Couder ne fait partie des pratiques professionnelles que depuis un an.

L'étude menée en 2020 sur les sages-femmes exerçant au CHUGA (16) a également demandé l'avis de ces dernières sur les conséquences obstétricales de la pratique de la manœuvre : 67 % d'entre elles estiment qu'il y a un risque augmenté de fracture de la clavicule ou de l'humérus, 87 % pensent qu'il y a une augmentation des lésions du périnée antérieur et 51 % estiment qu'il y a une augmentation de la douleur périnéale lors du dégagement sans analgésie péridurale.

Dans l'étude menée par Mottet et al. sur la cohorte exposée/non exposée de 199 nullipares (7), il est mentionné qu'aucune fracture de la clavicule ou de l'humérus n'a été constatée par l'examen pédiatrique. L'étude n'a pas retrouvé d'association statistiquement significative entre la pratique de la manœuvre du couder et les lésions du périnée antérieur. Aucune donnée n'était disponible sur la douleur ressentie par les patientes. En ce qui concerne l'étude de Forey et al. en 2020 (9), menée du 2 081 patientes, une association statistiquement significative a été mise en évidence entre la pratique de la manœuvre de Couder et la diminution des lésions des petites lèvres.

Nous pouvons ainsi dire qu'il n'y a pas de surrisque de fracture de la clavicule ou de l'humérus lors de la pratique de la manœuvre de Couder (à condition d'effectuer correctement la manœuvre). Il n'y a pas non plus de risque augmenté de lésion du périnée antérieur. Des études devraient être menées afin de pouvoir statuer sur les douleurs périnéales ressenties par les femmes lors d'un accouchement sans péridurale pendant lequel est pratiqué la manœuvre de Couder. Une sensibilisation renforcée à ces points pourrait être envisagée pendant les séances de formation à venir.

4.2.2 Evolution des lésions périnéales

Dans notre étude, le taux de déchirure périnéale du 1^{er} degré est resté stable entre 2017 et 2020 (54,41 % en 2020 et 54,31 % en 2017, $p > 0,05$). Le taux de périnée intact a augmenté (21,11 % en 2017 et 31,47 % en 2020, $p < 0,001$). Le taux de lésion du 2^{ème} degré a diminué (14,87 % en 2017 et 11,91 % en 2020, $p < 0,05$). Le taux de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré est resté assez faible et stable : aucune lésion du 4^{ème} degré en 2017 et une seule en 2020. Pour les lésions du 3^{ème} degré, il n'a pas été possible de catégoriser en niveau a, b et c pour les lésions en 2017

car la dénomination « périnée compliqué » était utilisée. Le taux d'épisiotomie a considérablement diminué, passant de 9,14 % en 2017 à 1,32 % en 2020 ($p < 0,001$).

Cette diminution est expliquée par la politique d'utilisation restrictive de l'épisiotomie. En effet, les recommandations du CNGOF de 2018 (1) mentionnent que la pratique de l'épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (Grade A). Les premières recommandations de la pratique restrictives de l'épisiotomie datent de 2005. La Haute Autorité de Santé les rappelle dans ses recommandations de bonnes pratiques concernant l'accouchement normal en 2017 (12). Il est mentionné que la primiparité et les antécédents de déchirures périnéales sévères ne justifient pas la pratique d'une épisiotomie. Il en est de même pour des circonstances obstétricales comme les anomalies du rythme. La pratique d'une épisiotomie reste basée sur l'expertise du professionnel en charge de la patiente et du nouveau-né. Outre la modification des recommandations liées à l'épisiotomie s'ajoute le sujet des violences obstétricales. Un mémoire réalisé en 2018 par Bourrelier s'est intéressé à l'émergence de ce sujet d'actualité (17). C'est un phénomène qui est apparu au Venezuela et plus globalement en Amérique du Sud, dans les années 2000. Cette notion a ensuite voyagé en Amérique du Nord. Ce sont les médias tels que les sites internet et les blogs qui ont permis son introduction en France en 2014. Différents sujets ont pu faire l'objet de débat (le « point du mari », le consentement ainsi que différents mouvements sur les réseaux sociaux). Ce n'est finalement que récemment (en 2017) que le sujet de l'épisiotomie a été évoqué. En effet, le chiffre de « 75 % d'épisiotomie en France » a été évoqué par Marlène Schiappa (secrétaire d'état à cette période), provoquant ainsi une vague de débat. Ces chiffres ont finalement été infirmés par l'enquête périnatale de 2016, puisque le taux d'épisiotomie était de 20 %. Malgré cela, la question de l'épisiotomie et du consentement reste un sujet important pour les patientes et les professionnels de santé depuis. Cela a donc pu influencer les pratiques professionnelles entre 2017 et 2020.

La diminution drastique du taux d'épisiotomie a donc pu avoir une influence sur la distribution des lésions périnéales. Une étude a été menée dans le réseau péri-natal de Bourgogne en 2016 (18). Le taux d'épisiotomie a été divisé par deux, passant de 35,8 % à 16,7 %. Elle en a conclu que les taux de lésions périnéales du 1^{er} degré ont augmenté, et ceux du 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} degré ont diminué.

Une autre étude de 2010 menée dans une maternité de niveau 3 a montré qu'un taux d'épisiotomie chutant de 18,8 % à 3,9 % n'augmentait pas le taux de lésions du 3^{ème} et 4^{ème} degré (19). Une autre étude a été menée en 2013 dans le même établissement par Chehab et al. (20). Elle a évalué la distribution des lésions périnéales sur tous les accouchements par voie basse à un terme supérieur à 25 SA entre 2003 et 2010. Entre ces deux années, une politique restrictive de l'épisiotomie a été mise en place et l'établissement a vu s'effondrer le taux d'épisiotomie, passant de 18,8 % à 1,3 %. Concernant la distribution des lésions périnéales, une augmentation du taux de périnée intacts et de lésions du 1^{er} degré et 2^{ème} degré a été constatée (les lésions du 2^{ème} degré ont doublé, passant de 20,5 % à 40,2 %), tandis que les taux de lésions périnéales avec atteinte sphinctérienne ont diminué.

En s'appuyant sur ces résultats, nous pouvons penser que la très forte réduction de la pratique de l'épisiotomie d'un facteur de près de sept aurait dû provoquer une augmentation du taux de déchirures du 2^{ème} degré dans les mêmes proportions que l'étude menée par Chehab et al., c'est-à-dire retrouver un taux autour de 20 %. En effet, ce sont deux types de lésions musculaires non sphinctériennes, cela met donc en œuvre le principe des vases communicants. Pour autant, nous avons observé une diminution de ce taux de près de 3% (nous sommes passé d'un taux de déchirure du 2^{ème} degré de 14,87 % en 2017 à 11,91 % en 2020).

Si l'on peut considérer que le respect périnéal mis en place ces trois dernières années à l'HCE pourrait expliquer une diminution globale des lésions musculaires du périnée (LOSA, épisiotomie et lésions du 2^{ème} degré), cette diminution de près de 3 % des lésions du 2^{ème} degré

alors que l'on attendait une augmentation, peut trouver sa réponse dans l'implémentation de la manœuvre de Couder. En effet, l'étude menée en 2017 par Mottet et al. (7) a montré une association statistiquement significative entre la pratique de la manœuvre de Couder et la diminution du taux de lésions du 2^{ème} degré ($p < 0,03$).

L'étude menée par Forey et al, s'est intéressée à la pratique de la manœuvre de Couder combinée avec une utilisation raisonnée de l'épisiotomie (9), sur une population relativement similaire à celle de notre étude (accouchement spontané en présentation céphalique à un terme supérieur à 37 SA). Il en a été conclu que la combinaison entre la pratique de la manœuvre de Couder ainsi que la pratique raisonnée de l'épisiotomie réduit le taux de lésions périnéales, notamment du second degré.

Il nous faut cependant nuancer nos propos. En effet, il faut prendre en compte le biais de notre étude qu'est le biais de sélection. En effet, les études citées ne sont pas établies sur les mêmes critères d'inclusion que celle que nous avons réalisée et ne sont pas réalisées dans le même établissement.

De même les statistiques fournies par le cadre de la salle de naissance du CHUGA (annexes 3 et 4) montrent une modification des pratiques obstétricales. Effectivement, le taux de césarienne a diminué (666 césariennes en 2017, soit 23,4 % en 2017 et 463 césariennes soit 18,9 % en 2020). Le taux d'accouchement voie basse instrumentale a également évolué, puisque l'on observe une augmentation de ce taux : on observe 443 extractions instrumentales, soit un taux de 18,1 % contre 344 en 2017 (12,1 %). Il en résulte également que le taux d'accouchement par voie basse spontanée a augmenté : nous sommes passés de 2 186 (76,6 %) en 2017 à 1 991 (81,1 %) accouchements par voie basse spontanée en 2020. De même les modifications de pratiques en termes de diminution des déclenchements du travail peuvent avoir joué un rôle dans la distribution des lésions périnéales.

Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires sur la même population, afin de pouvoir extrapoler ces conclusions à notre population. Il serait également intéressant de réitérer l'étude que nous avons effectuée dans le futur, dans un contexte où le recours à la manœuvre de Couder aura augmenté au sein de l'établissement et où les pratiques professionnelles seront plus similaires à celles de 2020.

Nous pouvons enfin nous intéresser au bénéfice apporté par ces pratiques aux patientes. L'étude menée sur le réseau péri-natal de Bourgogne mentionne que ces lésions du 1^{er} et du 2^{ème} degré restent des lésions peu sévères, avec un taux de morbidité faible (18). La diminution des lésions sévères du périnée est bénéfique en termes de conséquences gynécologiques. En effet, nous avons vu dans l'introduction que ces lésions sont des facteurs de risques de troubles gynécologiques (dyspareunie), urinaires et digestifs (incontinence urinaire, aux gaz, aux matières) (1). Il faut nuancer les propos de l'étude du réseau péri-natal de Bourgogne (18). Les lésions musculaires non sphinctériennes du périnée représentent elles aussi des risques de conséquences fonctionnelles. En effet, ces lésions touchent des muscles périnéaux. Nous savons que le plancher pelvien assure les fonctions de continence urinaires, anales et de soutien des organes pelviens. Ils ont également un rôle dans la fonction sexuelle. Une méta-analyse de la littérature a été réalisée en 2019 (21), portant sur les douleurs périnéales du post partum ainsi que les dyspareunies. Ils ont conclu que toutes les femmes ayant un accouchement voie basse peuvent ressentir des douleurs périnéales ainsi que souffrir de dyspareunies en post partum. En revanche, la fréquence de ces inconforts augmente avec la gravité de la lésion périnéale. Une autre étude de 2010 (22) confirme les conclusions de l'étude précédente concernant les troubles sexuels. En effet, ils concluent que les patientes ayant eu une épisiotomie ou une lésion périnéale du 2^{ème} degré ont plus de dyspareunie mais également de troubles de la libido ainsi que de lubrification. Différentes études se sont également penchées sur les lésions musculaires du périnée et ont montré une implication fonctionnelle de celles-ci, notamment liée à l'atteinte

des muscles releveurs de l'anus (23) (24). Ainsi, les lésions musculaires non sphinctériennes du périnée serait des facteurs de risques d'une faiblesse musculaire périnéale, d'incontinence urinaire ainsi qu'aux gaz et aux matières, mais également de prolapsus.

Ainsi nous pouvons conclure que la diminution du taux de lésions musculaires non sphinctériennes observée dans notre étude est bénéfique pour les patientes en termes de douleur périnéale et de dyspareunie du post partum mais également de troubles fonctionnels urinaires, anaux et de prolapsus.

5. Conclusion

Notre travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins. En effet, la diminution des lésions périnéales est bénéfique pour les patientes, tant en terme de douleur qu'en terme fonctionnel (sexuel, urinaires, prolapsus), comme nous avons pu le voir dans les différentes études s'étant intéressé à ce sujet (18,21,23,24). C'est également un des objectifs des professionnels de santé en obstétrique, comme décrit dans les recommandations du CNGOF (1).

L'objectif de notre étude était d'évaluer le taux de pratique de la manœuvre de Couder dans les accouchements eutociques et ce taux a été évalué à 32,12 % ; mais également de suivre l'évolution des lésions périnéales depuis l'implémentation de la manœuvre de Couder au sein de notre service. On constate une diminution significative des lésions musculaires spontanées. Toutefois, la modification générale des pratiques au sein du CHUGA avec une pratique restrictive de l'épisiotomie, une diminution des césariennes et des déclenchements, une augmentation des accouchements instrumentaux peut participer à la modification de la distribution et des taux des lésions périnéales. En conséquence, des analyses complémentaires de suivi des pratiques devront être mises en œuvre pour juger au mieux de l'impact de la

manœuvre du Couder. Enfin, une étude devra analyser la pratique de la manœuvre de Couder dans les accouchements instrumentaux. Tout cela permettra de constater ou non la validité externe des bénéfices de la pratique de la manœuvre de Couder lors des accouchements car à ce jour toute la littérature moderne est issue d'une même équipe.

Dans l'attente et parce que cela participe à l'acquisition des compétences dans la gestion des membres fœtaux, la formation à la pratique de la manœuvre de Couder devrait être envisagée dans les établissements de formation des professionnels de santé de l'obstétrique, notamment dans les écoles des sages-femmes.

Références bibliographiques

1. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):893-9.
2. Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):922-7.
3. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):937-47.
4. Schaal J-P. *Mécaniques et Techniques Obstétricales*. 4ème édition. 2012.
5. Couder L. De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête. 1891.
6. Chaussier F (1746-1828) A du texte. Notice historique sur la vie et les écrits de Mme Lachapelle,... sage-femme en chef de la maison d'accouchement, par M. Chaussier,... [Internet]. 1823 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5612001r>
7. Mottet N, Bonneaud M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Riethmuller D. Active delivery of the anterior arm and incidence of second-degree perineal tears: a clinical practice evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12 mai 2017;17(1):141.
8. Hulot G, Ramanah R, Riethmuller D, Mottet N. The impact of active delivery of the anterior arm during vacuum-assisted vaginal delivery on perineal tears: a clinical practice evaluation. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 1 oct 2020;33(19):3308-12.
9. Forey P-L, Lallemand M, Bourtembourg-Matras A, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Riethmuller D, et al. Impact of a selective use of episiotomy combined with Couder's maneuver for the perineal protection. *Arch Gynecol Obstet*. 1 juill 2020;302(1):77-83.
10. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
11. Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *AVMA Med Leg J*. 1 nov 1999;5(6):193-6.
12. Haute Autorité de santé : Accouchement Normal : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [recommandations de bonnes pratiques] Haute Autorité de santé. 2017;47.
13. Santé Publique France. Diabète et grossesse [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/diabete/diabete-et-grossesse>

14. Vanneaux M. Déclenchement artificiel du travail: création d'une classification permettant l'évaluation des pratiques.[Thèse de médecine], Université de Grenoble-Alpes : 2020. 58.
15. Deneux-Tharoux C, Bonnet M-P, Tort J. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2014;43(10):936-50.
16. Carron M. Réalisation de la manoeuvre de Couder dans la pratique des sages-femmes à la maternité du centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes.[Mémoire de Maïeutique] Département de maïeutique de l'UFR de médecine. Université de Grenoble-Alpes 2021.
17. Bourrelrier C. « Violences obstétricales » Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale. [Mémoire de maïeutique]. UFR de médecine, école régionale de sage-femme. Tour. [Internet]. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://afar.info/biblio/public/3151.pdf>
18. P Ginot, B Khallouk, E Benzenine et al.. Évaluation de la pratique restrictive de l'épisiotomie et de l'impact sur les déchirures périnéales au sein du Réseau périnatal de Bourgogne [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1095002/evaluation-de-la-pratique-restrictive-de-l-episiot>
19. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. [Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* févr 2010;39(1):37-42.
20. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *Rev Sage-Femme.* 1 déc 2014;13(6):278-84.
21. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* juin 2019;30(6):853-68.
22. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* déc 2010;66(12):2640-9.
23. Chantarasorn V, Shek KL, Dietz HP. Mobility of the perineal body and anorectal junction before and after childbirth. *Int Urogynecology J.* 1 juin 2012;23(6):729-33.
24. Schwertner-Tiepelmann N, Thakar R, Sultan AH, Tunn R. Obstetric levator ani muscle injuries: current status. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* avr 2012;39(4):372-83.

Annexes

Annexe 1 : Fiche engagement investigateur

	ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR
---	-------------------------------

ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATEUR RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

Titre de la recherche : « » <i>Habitude de la manœuvre du cathéter et lésions périmécales : une étude de cohorte rétrospective</i>	
Nom de l'investigateur : Pr RIETHOUER	
Service <i>Gynécologie - Obstétrique</i> du CHU Grenoble Alpes – CS 10217-38043 Grenoble Cedex 09	
☎ 04 76 76	✉ <i>RIETHOUER</i> @chu-grenoble.fr
Nom du contact projet :	
Service <i>Gynécologie - Obstétrique</i> du CHU Grenoble Alpes – CS 10217-38043 Grenoble Cedex 09	
☎ 04 76 76	✉ <i>RIETHOUER</i> @chu-grenoble.fr
Responsable du traitement des données : CHU Grenoble Alpes	



L'investigateur est tenu de conduire la recherche conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et dans le respect de la déclaration d'Helsinki. Le promoteur est tenu de s'assurer que ces principes sont respectés.

Avant le démarrage de l'étude

- L'investigateur s'engage à transmettre le protocole complet au promoteur avec l'ensemble des pièces requises pour la validation de la mise en œuvre du projet. Il veille à transmettre chaque modification ou version nouvelle du protocole au promoteur.
- L'investigateur s'engage à suivre la méthodologie de référence pour le traitement des données personnelles opérés dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine (MR-004) ou le cas échéant à effectuer une demande d'autorisation auprès de la CNIL.
- Dans le cas où l'investigateur serait amené à utiliser les données obtenues dans les locaux d'une autre structure que le CHUGA, celui-ci s'engage à le faire pour le compte du CHUGA et sans en autoriser l'accès à un tiers.
- L'investigateur s'engage à ne pas commencer la recherche ni inclure avant obtention de l'autorisation de la DRCI.
- L'investigateur s'engage à former et à informer tout le personnel concerné par l'étude.
- L'investigateur s'engage à accepter les entretiens périodiques avec les ARCs de la DRCI pour permettre le suivi administratif de l'étude.
- L'investigateur s'engage à fournir des rapports intermédiaires (inclusions...).

NOTICE D'INFORMATION SUR UN PROJET DE RECHERCHE
Pratique de la Manœuvre du Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive et rétrospective des pratiques professionnelles au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble-Alpes

Madame, Monsieur,

Cette fiche vous informe d'un projet de recherche, planifié ou en cours, organisé par le service gynécologie - obstétrique du C.H.U. Grenoble Alpes. **Nous vous remercions d'avance d'en prendre connaissance.**

DESCRIPTIF DE L'ETUDE

Cette recherche consiste évaluer le taux de pratique de la manœuvre de Couder en 2020
Cette étude devrait débuter en Mars 2021 et il est prévu qu'elle s'achève en Avril 2021.

Cette étude concerne les patientes ayant eu un accouchement au CHU entre Janvier 2017 et Décembre 2020.

BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Ce projet utilisera les données du dossier médical de patients pris en charge dans ce service, pour faire progresser les connaissances et les pratiques médicales. Seules des données normalement acquises dans le cadre d'une prise en charge seront utilisées.

La prise en charge d'un patient n'est aucunement modifiée par l'utilisation de ses données médicales ou par son opposition à cette recherche.

CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de données personnelles va être mis en œuvre.
Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

- Âge, sexe, poids si mentionné
- Gestité, parité
- IMC (Indice de Masse Corporelle)
- Comorbidités : hypertension, diabète, autre
- Mode d'accouchement
- Temps d'expulsion
- Terme d'accouchement
- Complications : hémorragie, rétention placentaire, geste endo-utérin, réanimation néonatale, autre
- Poids de l'enfant à la naissance
- Apgar à 0,1,5 et 10 minutes de vie
- Type de lésion du périnée (ou absence lésion)

VOS DROITS

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- Si vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données de votre dossier médical, vous n'avez rien à faire.
- Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet, vous pouvez :
 - En parler directement au personnel du service que vous rencontrez aujourd'hui.
 - Contacter le responsable de l'étude ou le délégué à la protection des données (voir ci-dessous).

VOS CONTACTS

Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :

- Vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CHU Grenoble Alpes par mail (protection-donnees@chu-grenoble.fr) ou par téléphone au 04.76.76.82.02
- Une demande peut aussi être envoyée par courrier à CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données, CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09.
- Vous pouvez demander un formulaire d'opposition à l'accueil du service de gynécologie - obstétrique

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le responsable ci-dessous :

Investigateur responsable de l'étude : Riethmuller Didier	Organisme responsable du traitement des données :
Coordonnées : CHU Grenoble Alpes, HCE, Quai Yermoloff, 38043 GRENOBLE Cedex 09	Coordonnées : CHU Grenoble Alpes - DRCI Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9 Tel : 04 76 76 59 57

FORMULAIRE D'OPPOSITION

Pratique de la Manœuvre du Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive et rétrospective des pratiques professionnelles au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble-Alpes

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation des données à caractère personnel de mon dossier médical (ou du dossier de mon enfant) dans le cadre de cette recherche.

Date : ___/___/___

Signature :

Formulaire à renvoyer à :

**CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données
CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09**

Ou à remettre au secrétariat du service médical qui transmettra

Ou en version scannée par email à protection-donnees@chu-grenoble.fr

Annexe 3 : Tableau statistique des accouchements en 2017 à l'HCE

2017	Janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL	%
Accouchements	243	228	244	246	256	249	254	235	233	233	227	204	2852	
Naissances totales	251	237	251	251	263	257	261	246	243	244	238	213	2955	
Naissances vivantes	249	233	244	246	255	253	258	239	238	240	234	208	2897	
A Normal	147	134	150	162	154	163	152	150	137	149	147	129	1774	62,2%
Césarienne	59	57	56	50	60	58	62	53	62	50	48	51	666	23,4%
VB dystocique	32	28	34	31	39	23	29	28	25	30	25	20	344	12,1%
Forceps	19	17	22	14	21	10	20	16	14	19	14	10	196	6,9%
Ventouse	9	9	12	15	16	12	7	11	8	10	10	10	129	4,5%
Spatule	4	2		2	2	1	2	1	3	1	1		19	0,7%
Acct/Siege VB	5	9	4	3	3	5	11	4	9	4	7	4	68	2,4%
Périnée	184	171	188	196	196	191	192	182	171	183	179	153	2186	
Episio	41	38	35	36	34	38	37	36	30	37	19	22	403	18,4%
Déchirure Simple	81	73	74	86	99	71	87	69	71	84	77	76	948	43,4%
Périnée complet	3		6	4	6	3	2	2			6	3	35	1,6%
PCC							1	1			1		3	0,1%
Périnée intact	59	60	73	70	57	79	65	74	70	62	76	52	797	36,5%
Brèche vaginale + plaie cervica	7	4		8	5	4	4		2	6	4	2	46	2,1%
Dystocie des épaules	4	1	2	4	4	2	4	3	2	1	2	1	30	1,4%
Cesar sur J2									1			1	2	0,1%
VB	184	171	188	196	196	191	192	182	171	183	179	153	2186	76,6%
0	28	28	27	31	45	30	40	23	32	29	26	20	359	16,4%
APD	156	143	161	165	151	159	149	158	139	154	153	133	1821	83,3%
Rachi						2	2	1					5	0,2%
AG							1						1	0,0%
CESAR	59	57	56	50	60	58	62	53	62	50	48	51	666	23,4%
APD	28	28	26	22	22	28	34	23	29	24	20	28	312	46,8%
Rachi	23	23	23	26	30	27	16	25	23	20	23	19	278	41,7%
AG	8	6	7	2	8	3	12	5	10	6	5	4	76	11,4%
	243	228	244	246	256	249	254	235	233	233	227	204	2852	

Annexe 3 : Tableau statistique des accouchements en 2020 à l'HCE

2020	Janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL	%
Accouchements	214	190	210	190	202	211	190	200	229	230	178	210	2454	
Naissances totales	222	198	215	193	207	218	194	204	240	234	185	216	2526	
Naissances vivantes	216	194	214	191	204	217	187	199	234	231	178	213	2478	
Accouchements à domicile	3	4	2	1	4	2	1	1	3	2	1	5	29	
A Normal	138	103	121	124	123	124	111	116	143	147	150	123	1523	62,1%
Césarienne	33	41	45	30	40	43	42	42	36	42	28	41	463	18,9%
VB dystocique	40	40	39	28	39	38	31	36	39	38	36	40	443	18,1%
Forceps	9	3	3	3	8	1	4	0	0	0	1	1	33	1,3%
Ventouse	28	34	35	23	29	35	24	36	37	33	26	33	373	15,2%
Spatule	3	3	1	2	1	2	3	0	2	5	9	6	37	1,5%
Acct/Siege VB	3	6	5	8	1	6	6	6	11	3	8	6	69	2,8%
Périnée	181	149	165	160	162	168	148	158	194	188	150	169	1992	78,9%
Épisio	4	6	6	2	3	4	4	2	1	4	4	4	44	2,2%
Déchirure Simple 1 ^{er}	82	67	65	62	65	64	56	65	77	67	51	54	775	38,9%
Déchirure Simple 2 nd	23	23	14	24	24	26	14	31	29	21	27	28	284	14,3%
Total LOSA	1	1	1	1	4	2	2	3	3	2	4	3	27	1,4%
LOSA 3	1	0	1	1	2	1	2	3	3	2	1	3	20	1,0%
LOSA 4	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	3	0	7	0,4%
Péninée intacte	71	52	79	71	66	72	72	57	84	94	64	80	862	43,3%
Brèche vaginale + plaie cervicale	2	0	0	7	2	5	0	0	1	2	1	4	24	1,2%
dont Brèche isolée (Pi+D1)	2	0	0	6	2	1	0	0	1	0	1	2	15	
D2 L3 L4 épisio	0	0	0	1	0	4	0	0	0	2	0	2	9	
Dystocie des épaules	4	3	0	0	1	0	3	0	1	0	2	0	14	0,7%
CESAR	33	41	45	30	40	43	42	42	36	42	26	41	463	18,9%
APD	19	18	28	15	22	20	22	21	13	24	14	21	237	51,2%
Rachi	12	16	17	11	14	20	13	16	20	17	10	17	183	39,5%
AG	2	7	0	4	4	3	7	5	3	1	4	3	43	9,3%
VB	181	149	165	160	162	168	148	158	193	188	150	169	1991	81,1%
0	32	21	20	27	26	35	23	20	25	22	22	26	299	15,0%
APD	148	128	144	133	135	132	125	138	166	166	128	140	1683	84,5%
Rachi	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	2	7	0,4%
AG	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0,1%
	214	190	210	190	202	211	190	200	229	230	178	210	2454	
cesar avant W Programmée	8	10	9	6	7	13	10	14	10	11	9	10	117	25,3%
cesar avant W en Urgence	7	6	9	9	10	6	9	8	11	8	2	6	91	19,7%
CESAR avant travail	15	16	18	15	17	19	19	22	21	19	11	16	208	44,9%
CESAR pendant le W	18	25	27	15	23	24	23	20	15	23	17	25	255	55,1%
										8			463	

Résumé :

Objectif : Evaluer le taux de pratique de la manœuvre de Couder au sein du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble-Alpes (CHUGA) en 2020. Evaluer et comparer le taux de lésions périnéales entre 2017 et 2020.

Matériel et méthodes : Etude descriptive, transversale monocentrique réalisée au CHUGA par consultation des dossiers médicaux des patientes ayant accouché au CHUGA du 1^{er} Janvier au 31 Décembre de chaque année.

Résultats : 2 930 dossiers ont été analysés. Le taux de manœuvre de Couder est de 32,12 % en 2020. On observe une modification de la distribution des lésions périnéales à l'exception des lésions du 3^{ème} et du 4^{ème} degré ($p < 0,05$).

Conclusion : La pratique de la manœuvre de Couder est récente au sein de l'établissement et participe à l'évolution des pratiques professionnelles au CHUGA. D'autres modification des pratiques professionnelles jouent un rôle dans la modification de la distribution des lésions périnéales.

Mots clés : Lésions périnéales, manœuvre de Couder, évolution

Abstract :

Objective: Evaluate the rate of practice of Couder's maneuver in the University Hospital of Grenoble-Alpes (CHUGA) in 2020. Evaluate and compare the rate of perineal tears between 2017 and 2020.

Materials and method: Descriptive, cross-sectional, monocentric study carried out at the CHUGA by consulting the medical files of patients who gave birth at the CHUGA from the 1st of January to the 31th of December of each year.

Results: 2,930 files were analyzed. Couder's maneuver rate is 32.12 % in 2020. A modification of the distribution of perineal tears was observed, except for 3rd and 4th degree ($p < 0.05$)

Conclusion: The practice of the Couder maneuver is recent within the institution and participates in the evolution of professional practices at the CHUGA. Other changes in professional practices play a role in changing the distribution of perineal tears.

Key words: Perineal tears, Couder's maneuver, evolution