



HAL
open science

Identification des principaux motifs de refus d'une tentative d'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme : étude sur 11 patientes au CHU de Caen

Blanche Jansen

► **To cite this version:**

Blanche Jansen. Identification des principaux motifs de refus d'une tentative d'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme : étude sur 11 patientes au CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04248508

HAL Id: dumas-04248508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04248508>

Submitted on 18 Oct 2023

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.

École de Sages-femmes de Caen
Université de Caen Normandie

Identification des principaux motifs de refus d'une tentative
d'accouchement par voie basse lors d'une présentation
pelvienne à terme, étude sur 11 patientes au CHU de Caen

Sous la direction du Docteur Justine Huet

Mémoire présenté et soutenu par :
Jansen Blanche
Née le 06 avril 1998
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2022/2023



AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie : http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé
2, rue des Rochambelles
CS 14032
14032 CAEN CEDEX 5

02 31 56 82 06

bibliotheque.sante@unicaen.fr

scd.unicaen.fr/

Remerciements

Au docteur Justine Huet, directrice de ce mémoire, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet

À Madame Isabelle Goupille, Sage-femme enseignante, pour son soutien, ses conseils et ses nombreuses relectures.

À l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Caen, pour les enseignements et l'accompagnement durant ces quatre années.

À mes parents, pour leur relecture et leur aide.

À Claire et Vikar pour leur soutien, leur accueil et la relecture !

À mon frère Louis, pour son aide et sa traduction !

À mes colocataires, Anne-Sophie et Marine pour leur patience, leur soutien et leur amitié.

À Inès et Cécile, pour leur amitié, leurs relectures, leurs conseils et leur soutien.

À toute la promotion, la rive gauche et la rive droite, pour ces quatre belles années !

À Etienne, pour son amitié de longue date et sa relecture finale.

À mon cher fiancé, pour son amour, son soutien sa patience depuis plus de 3 ans (et l'assistance technique !)

À Cléo, pour sa patience jusqu'au bout.

Table des matières

<i>I. Introduction</i>	1
<i>II. Matériel et Méthode</i>	12
Problématique	12
Objectifs.....	12
Hypothèses	12
Méthode	13
Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.....	13
<i>III. Résultats</i>	14
Cas n°1	14
Cas n°2	15
Cas n°3	16
Cas n°4	16
Cas n°5	18
Cas n°6	19
Cas n°7	19
Cas n°8	21
Cas n°9	22
Cas n°10	23
Cas n°11	24
Synthèse de la population	25
<i>IV. Discussion</i>	27
<i>V. Conclusion</i>	33
<i>VI. Bibliographie</i>	
<i>VII. Annexes</i>	
<i>Résumé</i>	
<i>Abstract</i>	

Acronymes

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

TBT : Term Breech Trial

SA : Semaines d'aménorrhées

RCF : Rythme cardiaque fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PRP : Diamètre promonto-rétropubien

TMU : Diamètre Transverse Médian Unique

BIP : Diamètre Bipariétal

PC : Périmètre céphalique

EPF : Estimation du Poids Fœtal

TVB : Tentative de Voie Basse

PAG : Petit pour l'Âge Gestationnel

GC : Grande Citerne

CU : Contractions Utérines

EE : Efforts Expulsifs

HPP : Hémorragie du Post-Partum

cc : centimètres cubes

APD : Analgésie Péridurale

HPP : Hémorragies du post-partum

VME : Version par Manœuvre Externe

EPP : Entretien Prénatal Précoce

PNP : préparation à la naissance et la parentalité

I. Introduction

La présentation du siège, ou présentation pelvienne est « une présentation longitudinale, théoriquement eutocique, où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première au niveau du détroit supérieur. (1) On distingue trois types de présentation du siège :

La présentation du siège décomplété : les fesses du fœtus se présentent en premier au niveau du détroit supérieur. Les hanches sont en flexion et les jambes du fœtus sont étendues face à son visage(1). La présentation du siège complet : le fœtus est assis en tailleur sur le détroit supérieur : les jambes et les hanches du fœtus sont en flexion sous ses fesses (1). La présentation du siège semi-décomplété : un membre inférieur du fœtus est étendu face à son visage et l'autre en flexion ou en extension sous ses fesses(1).

Dans l'étude PREMODA (Présentation et Mode d'Accouchement), publiée en 2006, le siège décomplété représentait environ deux tiers des présentation du siège à terme, et la présentation du siège complet à terme représentait environ un tiers des cas (2),(1). Ces résultats concordent avec le Term Breech Trial (TBT), dans lequel la présentation du siège décomplété représentait environ 62% des présentations du siège à terme et la présentation en siège complet en représentait environ 33,7% (3),(1). La présentation du siège semi-décomplété est plus rare(1).

Dans notre étude, nous ne prendrons en considération que les présentations du siège à terme, c'est-à-dire les naissances à partir 37SA, la prématurité étant définie comme toute naissance avant 37SA (4).

En France métropolitaine, d'après l'enquête périnatale de 2016, les présentations du siège représentaient 4,8% des naissances, et 4,3% d'après l'enquête périnatale de 2021 (5),(6). Au CHU de Caen, en 2021, les présentations pelviennes à terme ont représenté 7,4% des accouchements dont 26% ont bénéficié d'une tentative de voie basse et 18% qui ont effectivement accouché par voie basse.

La décision d'un accouchement par voie basse d'une présentation du siège à terme nécessite de discuter la balance bénéfices/risque de cette voie pour le nouveau-né. En effet, la tentative de voie basse pourrait présenter certains risques de morbi-mortalité néonatale.

Une importante étude publiée dans The Lancet en 2000, le « Term Breech Trial », arrivait à la conclusion que la césarienne planifiée était préférable à la tentative d'une voie basse pour les nouveau-nés (3). Cette étude a eu une portée considérable notamment grâce à l'importance de son effectif : 2083 patientes dans 121 centres hospitaliers de 26 pays différents entre 1997 et 2000. Le critère principal évaluait la mortalité néonatale (avant 28 jours) et la morbidité néonatale selon différents critères (traumatisme néonatal, score d'Apgar, ventilation, coma etc...) pour les nouveau-nés à terme. Dans le groupe « intention de voie basse » 5% des nouveau-nés sont décédés en période périnatale ou ont présenté une morbidité périnatale sévère contre 1,6% dans le groupe « césarienne programmée ». Les cas de morbi-mortalités sévères ont été analysés en 2004 par l'équipe qui a réalisé le TBT, selon les causes supposées de cette morbi-mortalité : supposément due au travail, supposément due à l'accouchement, due ni au travail ni à l'accouchement et cause inexplicée (7). Le risque de morbi-mortalité néonatale sévère en lien avec le travail et en lien avec l'accouchement était inférieur dans le groupe « intention de césarienne » en comparaison au groupe « intention de voie basse », tandis qu'il n'y avait pas différence significative de risque de morbi-mortalité néonatale sévère venant de causes inexplicées ou de causes liées ni au travail ni à l'accouchement entre les deux groupes (7). Cette analyse établissait un lien de causalité entre les intentions de voie d'accouchement et les risques de morbi-mortalité néonatale sévère.

En 2003, une autre analyse des données du TBT a mis en évidence d'autres facteurs associés au risque de morbi-mortalité néonatale sévère (8). Leur étude identifiait l'utilisation de prostaglandines/ocytocine, l'augmentation de la durée des phases passives et actives et l'augmentation de la durée des EE comme des facteurs aggravants, tandis que des EE<30 min et l'expérience du clinicien présent à l'accouchement seraient des facteurs protecteurs. Cependant, les critères d'acceptation de voie basse et de gestion du travail du TBT ont fait l'objet nombreuses critiques (9),(10). En effet, les critères pour l'accord d'une tentative de voie basse et les règles de la conduite du travail étaient très variables selon les différents centres, ce qui ajoute un biais non négligeable. De plus, les pratiques étaient très différentes des recommandations effectives en France actuellement, rendant ces résultats difficilement extrapolables. Par ailleurs, 50,7% des patientes ont été incluses dans des pays avec un taux de mortalité périnatale supérieur à 20 pour mille et 64,7% des patientes n'ont

pas été prises en charge dans un centre hospitalier permettant une césarienne en urgence en 10 minutes (11).

Une analyse de la Cochrane publiée en 2015 apporte une conclusion proche de celle du TBT (12). Cette analyse concluait que la césarienne planifiée par rapport à l'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme réduisait le risque de morbi-mortalité néonatale. Elle ajoutait cependant qu'après un suivi de deux ans chez les nouveau-nés, on observait plus de problèmes médicaux dans le groupe des césariennes programmées. Pour autant, il n'y avait pas de différence significative pour le critère « décès ou retard de développement neurologique » à deux ans entre les deux groupes. Les auteurs précisait néanmoins que le niveau de preuve de cette étude était faible car l'effectif était trop faible. De plus, nous pouvons voir que les données du TBT représentaient 87% de l'effectif total (11),(12), le reste des données provenant de deux essais plus anciens (13),(14) avec des effectifs très faibles, respectivement 208 et 105 patientes . Cette étude n'apportait donc pas de nouvelle conclusion pertinente.

Une autre étude publiée 2015 est venue appuyer les résultats du TBT(15). Il s'agissait d'une revue de littérature, qui a repris 27 articles comparant les TVB et les césariennes programmées entre 1993 et 2014, pour les singletons en présentation du siège à terme, dans les bases de données HINARI, PubMed et Google Scholar(15). Elle précise que malgré les critiques apportées au TBT, le niveau de preuve demeurait élevé et que les controverses s'appuyaient sur le fait que les conséquences à long terme d'un AVB dans une présentation du siège à terme n'étaient pas démontrées. Les conséquences à court terme demeuraient cependant pour les auteurs non négligeables (15). Cette étude a été soutenue par une réponse de Thornton (16), qui soulignait le fait qu'on ne devait pas encourager les patientes à accoucher par voie basse mais aider les patientes à poser leur propre choix en donnant de justes informations (16).

Cependant, dans un cadre bien défini, la tentative de voie basse demeure possible tout en assurant la santé du nouveau-né.

Les hormones sécrétées lors du travail permettent au fœtus, indépendamment de la présentation, une meilleure résorption du liquide alvéolaire. C'est pour cela que l'on observe une meilleure adaptation à la vie extra-utérine après un accouchement par voie

basse(17). Par ailleurs, l'étude PREMODA (Présentation et Mode d'Accouchement) a été menée, en France et en Belgique après le TBT (2). Cette étude présentait aussi l'avantage d'un large effectif, comme dans le TBT, avec un total de 8105 patientes, dont 86% de cet effectif dans des maternités françaises. Cela permettait d'avoir des résultats plus proches des pratiques en France aujourd'hui. La sélection des patientes pour un accord de voie basse, ainsi que la gestion du travail et de l'accouchement étaient différentes de celles du TBT (2). Quatre-vingt-deux virgule cinq pour cent des femmes ont bénéficié d'un pelviscanner et 100% des fœtus ont eu une surveillance du RCF en continu. Cette étude concluait qu'avec des critères de sélection plus stricts pour la voie basse, plus de 70% des tentatives d'accouchement voie basse à terme sont un succès, sans augmentation significative de morbi-mortalité périnatale, mais avec une majoration du risque de traumatisme néonatal, de score d'Apgar <7 à 5 minutes de vie et de nécessité d'intubation. Cependant, cette étude n'a pas suivi le devenir des nouveau-nés à long terme. L'étude PREMODA ne précisait pas si le risque de morbi-mortalité néonatale était absent en cas de TVB pour une présentation du siège à terme, mais elle suggérait que ce risque était nettement surestimé dans le TBT(2),(11). Par exemple dans le TBT, 5 % des nouveau-nés issus du groupe « intention de voie basse » sont décédés en période périnatale ou ont présenté une morbidité néonatale sévère contre 1,6 % dans PREMODA (3),(2),(11).

Une maternité française de niveau III a réalisé une étude pour comparer l'évolution des accouchements par le siège entre 2008 et 2014, après la mise en place d'un nouveau protocole dans le but d'inciter à la TVB (18). Cette étude concluait qu'après la mise en place de ce protocole, une diminution significative des césariennes était observé en cours de travail sans augmentation du risque de morbi-mortalité néonatale. Ce résultat serait expliqué en partie par la présence et le respect du protocole, et l'acceptation de voie basse décidée de façon collégiale. Le praticien avait donc l'assurance que la femme et l'enfant étaient en sécurité s'ils répondaient aux critères d'acceptation décidés de manière collégiale et en accord avec les recommandations du CNGOF (9),(18). De plus, l'augmentation du nombre d'accouchements par voie basse contribue à augmenter l'expérience des praticiens. Hejl et son équipe ont également montré que le principal motif de césarienne à l'arrivée en salle de naissance en 2008 était le refus de TVB par la patiente. Ce motif n'a pas été retrouvé en 2014. Leur hypothèse était que la mise en place du

protocole a créé un cadre qui permettait au praticien d'avoir des critères précis pour choisir le mode d'accouchement, ce qui était d'autant plus rassurant pour la patiente. Cependant, cette étude incluait les accouchements à partir de 32SA, c'est-à-dire avant le terme. Cet article a reçu une réponse après sa publication (19). En effet, l'auteur évoquait une conclusion triviale de la diminution du taux de césariennes s'il y avait une « incitation » à la voie basse. Il remettait également en cause ce terme d' « incitation », qui pouvait être un manque de respect de la liberté de choix de la patiente (19). De plus, il ajoutait que même si les cas de rétention de tête résolutive par dérivés nitrés ou entraînant l'utilisation de forceps sont rares (3 sur 37 dans l'étude de Hejl et son équipe) ils ne pouvaient pas être négligés et considérait que ces résultats ne pouvaient pas nous rassurer totalement.

Le CNGOF a publié en 2019 un article présentant les bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative par voie basse en comparaison à la césarienne programmée (11). Cet article, le plus récent parmi ceux que nous avons évoqués, reprend et détaille une grande majorité des études menées sur le sujet. Le CNGOF conclut ainsi : « En conclusion, en cas de présentation du siège à terme, les risques de complications sévères pour l'enfant sont faibles en cas de tentative par voie basse ou de césarienne programmée. Le rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant semble favorable à la césarienne programmée mais la morbidité à long terme ne semble pas modifiée en fonction de la voie d'accouchement. »(11).

Enfin, une étude rétrospective menée par Fruscalzo et son équipe entre 2012 et 2019, sur 804 singletons en présentation du siège à terme, arrivait à la conclusion que le risque de complications néonatales à court terme n'était pas significativement augmenté lors d'une TVB pour une présentation pelvienne à terme (20).

L'évaluation de la balance bénéfices/risques concernant le mode d'accouchement doit également prendre en considération le pronostic maternel.

Bien qu'essentiellement porté sur les risques néonataux, le TBT a tout de même étudié la balance bénéfices/risques entre une TVB et une césarienne pour la mère (3). Hannah et son équipe ont étudié la morbi-mortalité maternelle (survenue d'HPP, de maladies thrombo-emboliques, d'infections ou de complications chirurgicales (3)) dans les six semaines suivant l'accouchement, dans les trois mois et dans les deux ans. Concernant le

post-partum immédiat (<6 semaines), l'étude ne montre pas de différences significatives entre les deux groupes : TVB et césarienne programmée. Cependant cette étude comporte des limites : le taux de succès des TVB est faible, ce qui rend les résultats difficilement extrapolables en France. Il y a également un taux élevé de césariennes programmées réalisées en début de travail, un faible taux d'APD en cas de TVB, et un taux élevé d'anesthésies générales en cas de césarienne en urgence. De plus, le recrutement des patientes avait lieu dans des pays à faibles revenus, dont les moyens et les prises en charge possibles sont différents de ceux en France, ce qui rend une nouvelle fois les résultats difficilement extrapolables (3),(21). Concernant le suivi à trois mois, il a été retrouvé de façon significative dans le groupe des césariennes programmées, comparativement au groupe de TVB, moins d'incontinence urinaire, plus de douleurs abdominales et moins de douleurs périnéales (les résultats étaient non significatifs pour les autres critères étudiés). Hannah et son équipe en ont conclu que la césarienne programmée diminuait le risque d'incontinence urinaire sans ajouter d'autres complications à trois mois du post-partum. (22) Mais cette étude présente un manque de puissance et est située trop tôt dans le post-partum pour étudier les troubles de la statique pelvienne (21). Le suivi des patientes du TBT à deux ans n'a pas révélé de différences significatives concernant l'incontinence urinaire entre les deux groupes, ni pour les autres critères. Cette étude concluait qu'il n'y avait pas de différences significatives concernant les complications du post-partum à deux ans entre une césarienne programmée et une TVB (23). Cependant, l'effectif à deux ans était diminué de moitié par rapport à l'étude initiale. De plus, les critères étudiés n'ont pas tous été évalués avec des questionnaires validés (comme la fonction sexuelle) (21),(23) et les complications rares et graves en cas de nouvelles grossesses ne sont pas rapportées du fait d'un manque de puissance (21), (23).

Le TBT est aujourd'hui la seule ressource de données pour les conséquences à long terme d'un accouchement par le siège à terme par voie basse comparées à la césarienne(21).

Mais de manière plus générale, la balance bénéfices/risques de la voie basse et de la césarienne a fait l'objet de nombreuses études.

L'accouchement par césarienne engendre des complications à court terme. Actuellement, la mortalité maternelle est de l'ordre d'un à trois pour mille en post-partum. Ce risque est multiplié par 3,5 lors d'un accouchement par césarienne, par rapport à un accouchement par voie basse (24). Les causes de mortalité maternelle sont les infections, les maladies thrombo-emboliques, les HPP, les accidents anesthésiques et les pathologies maternelles préexistantes. Une patiente qui accouche par césarienne se voit ajouter les risques de l'opération abdominale à ceux de l'accouchement. On peut noter tous les risques peropératoires : les complications anesthésiques, l'hémorragie peropératoire (environ 10% des césariennes), la déchirure du segment inférieur et les plaies vésicales (elles sont plus rares, estimée à 1,4 ‰ césariennes). Les plaies digestives sont exceptionnelles. A ces risques s'ajoutent les risques postopératoires qui concernent une patiente sur trois. Les principaux risques postopératoires sont les risques infectieux (infection urinaire, endométrite, abcès de paroi) et les complications thromboemboliques. Bien que rares (l'incidence obstétricale des maladies thromboemboliques est estimée en 0,5 et 3 pour mille grossesses), elles sont 4 fois plus fréquentes après une césarienne qu'après un accouchement par voie basse. De plus elles peuvent être graves et engager le pronostic vital (la mortalité par embolie pulmonaire est estimée entre 0,1 et 0,5%). On retrouve également le risque d'anémie, de rétention urinaire et de trouble du transit.

Ces risques à court terme varient en fonction du degré d'urgence de la césarienne. En 2009, A. Ladaïque comparait les risques de morbi-mortalité maternelle entre une césarienne programmée et une césarienne en urgence (25). Cette étude mettait en évidence que la césarienne en urgence augmente les risques mineurs (douleurs, asthénies, anémie, incontinence urinaire) et graves (l'HPP, les hématomes, les maladies thromboemboliques, les épisodes infectieux et une prolongation de l'hospitalisation) par rapport aux césariennes programmées. En 2020, une étude rétrospective a comparé, pour les accouchements par césarienne à terme en cours de travail, les complications en fonction du degré d'urgence de la césarienne (code vert, code orange et code rouge) (26). Les complications peropératoires majeures (notamment les HPP sévères) étaient significativement plus fréquentes dans le groupe de code rouge par rapport aux césariennes en code vert (respectivement 16,9% versus 9,9%), ainsi que les plaies de l'artère utérine (7,1% pour les césariennes code rouge contre 1,7% pour les codes verts) et le taux global

de complications majeures postopératoires, principalement la morbidité infectieuse, était plus élevé dans le groupe rouge que dans le groupe vert (12,4 % contre 1,7 %). (26)

L'accouchement par césarienne engendre également des complications à long terme. Certaines patientes subissent des douleurs chroniques pouvant aller jusqu'à 24 mois après l'intervention (27). La césarienne a également un impact sur la reprise de la sexualité. Dans une étude menée en Australie en 2015, sur 1244 parturientes primipares, parmi celles ayant accouché par césarienne (29,6%), une patiente sur trois se plaint de dyspareunies dans les six mois qui suivent l'accouchement, et pour certaines d'entre elles, la douleur perdure plus d'un an après la naissance (28). De plus, l'accouchement par césarienne porte un impact psychologique sur les patientes, qui peut altérer le lien mère-enfant et être un facteur de risque de dépression post-natale. (24). Par ailleurs, une patiente qui a accouché par césarienne a un utérus cicatriciel. Cette cicatrice sur l'utérus est un facteur de risque important de complications pour la mère en cas de grossesse futures, concernant principalement : la rupture utérine, les anomalies d'insertion placentaire et l'hystérectomie (29),(30),(31),(32),(33). Les données proviennent ici d'études sur les utérus cicatriciels n'incluant pas uniquement des césariennes réalisées pour une présentation pelvienne. L'incidence de la rupture utérine sur un utérus cicatriciel est estimée entre 0,1-0,5% en 2012 (33)La rupture utérine est un facteur de risque majeur de morbi-mortalité néonatale et d'hystérectomie d'hémostase. Les placentas prævia sont associés à une augmentation de la morbidité maternelle (hémorragies pendant la grossesse, hémorragie du post-partum, hystérectomie) et de la morbi-mortalité néonatale (34)L'enquête nationale périnatale de 2021 identifie l'antécédent d'accouchement par césarienne comme le facteur de risque majeur d'avoir une césarienne (6).

En France, l'acceptation d'une tentative d'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme recommande la vérification de plusieurs critères objectifs (9) :

- Les mesures du bassin maternel
- Les biométries fœtales

- L'absence d'anomalies du bien-être fœtal
- L'absence de déflexion primitive de la tête
- L'absence de pathologies obstétricales associées(9).

Ces recommandations relèvent d'un accord professionnel du CNGOF. Cependant, aucune étude aujourd'hui ne permet de donner des mesures précises à respecter pour accorder la voie basse en ce qui concerne les biométries fœtales et les mesures du bassin au pelviscanner.

Au CHU de Caen, un protocole établit des critères précis pour l'acceptation et la conduite du travail et de l'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme, en accord avec les recommandations du CNGOF(9),(10) :

- Les mesures du bassin maternel doivent présenter : Un PRP \geq 105mm, un TMU \geq 120mm et un diamètre bi-épineux \geq 100mm.
- Les biométries fœtales, faites le jour de l'accouchement doivent respecter les normes suivantes : BIP < 100mm, PC < 350 mm et EPF < 3800g (quelle que soit la parité).

La TVB ne peut être autorisée si les anomalies du bien-être fœtal suivantes sont présentes : anomalies du RCF, suspicion de RCIU/PAG sévère, oligoamnios.

Pour l'accord de TVB, il est nécessaire d'avoir une absence de déflexion primitive fixée de la tête fœtale. Il est également nécessaire qu'il n'y ait pas de pathologies obstétricales associées : placenta prævia, diabète gestationnel mal équilibré ou préexistant, malformation utérine documentée, utérus multi cicatriciel. Le travail doit s'effectuer de manière brillante, avec une moindre tolérance à la stagnation (direction du travail si nécessaire). Le RCF doit être enregistré en continu, et l'APD est recommandée mais non obligatoire.

La décision finale d'accorder une tentative par voie basse doit enfin comporter une discussion avec le couple concernant les bénéfices-risques attendus de ce mode d'accouchement. Dans notre centre, devant le risque augmenté de césarienne au cours du

travail même en cas d'intention par voie basse, une césarienne programmée reste possible selon la décision du couple.

En 2015, l'OMS a publié un article concluant qu'un taux de césarienne supérieur à 10% n'est pas associé à une réduction du taux de mortalité maternelle ou néonatale (35). Cette déclaration n'encourage pas à viser un pourcentage aveuglément mais à travailler les indications de césarienne en utilisant la classification de Robson (35) pour essayer de réduire le taux de césariennes dans nos maternités. Au CHU de Caen en 2021, les césariennes ont représenté 21% des accouchements. Si les études montrent qu'au-delà de 10%, il n'y a pas de bénéfices, on peut en déduire que théoriquement, 11% des césariennes auraient été évitables sans augmenter le risque de morbi-mortalité pour la mère et l'enfant. De nombreux centres hospitaliers et réseaux de périnatalité utilisent cette classification de Robson pour discuter des décisions de césariennes effectuées, observer ce qui impacte les taux de césarienne et ce qui peut être changé (36),(37).

Étant donné les conséquences évoquées précédemment d'une césarienne par rapport à un accouchement par voie basse et avec les données mises en évidence par l'OMS, la politique globale dans les centres hospitaliers en France vise à réduire au maximum du possible le taux de césariennes réalisées.

En France, dans un grand nombre de maternités dont la nôtre, il est donc systématiquement proposé aux patientes ayant un fœtus en présentation pelvienne à terme, un accouchement en intention de voie basse. Celui-ci est proposé dans un cadre bien précis et dans le respect d'un certain nombre de critères, en accord avec les recommandations du CNGOF, afin de réduire le taux d'utérus cicatriciels, sans augmenter la morbidité néonatale et maternelle.

Malgré la délivrance d'une information éclairée sur le sujet, de nombreuses patientes optent pourtant pour la césarienne programmée même lorsqu'elles répondent à tous les critères d'acceptation par voie basse, ou avant même leurs vérifications. Comment peut-on expliquer ces refus ? S'agit-il d'un défaut d'information à terme ou en amont ? Sont-ce les informations délivrées par leurs professionnels de santé ou les informations issues de leur recherches personnelles qui leur font préférer une césarienne programmée ?

La complexité scientifique du sujet n'est pas le seul élément déterminant du choix effectué par les patientes. En 2006, des membres de l'académie nationale de médecine ont publié un rapport sur l'importance de la relation entre le soignant et son patient (38). Ils définissent l'information comme « le produit de la communication et le ciment de la relation » (38) Nous constatons qu'au-delà de la clarté ou non de l'information délivrée par les praticiens, la confiance des patientes envers leurs soignants aura un impact important sur les choix qu'elles poseront.

L'objectif de cette étude était d'identifier les principaux motifs de refus d'accouchement par voie basse en cas de présentation pelvienne à terme au CHU de Caen.

II. Matériel et Méthode

Problématique

La problématique de cette étude était « Quels sont les principaux motifs de refus d'une tentative d'accouchement par voie basse à terme lors d'une présentation pelvienne au CHU de Caen ? »

Objectifs

Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était l'identification des motifs de refus d'accouchement par voie basse en cas de présentation pelvienne à terme au CHU de Caen.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Évaluer l'information reçue concernant l'accouchement en cas de présentation pelvienne.
- Distinguer les informations transmises par les professionnels de santé et les informations issues de leurs recherches personnelles.

Hypothèses

Les hypothèses de notre étude étaient les suivantes :

- Les informations issues des recherches personnelles des patientes lors de leur grossesse, les orienteraient vers un refus d'une tentative d'accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme en cas d'échec de VME ou refus de VME.
- Les informations transmises par les professionnels de santé lors du suivi de grossesse des patientes présentant une présentation pelvienne à terme seraient anxiogènes et conduiraient à un refus de tentative de voie basse.

Méthode

Le recueil de données a été effectué par un questionnaire à destination des patientes dans le service du COS (Consultations Obstétricales Spécialisées) au CHU de Caen, du 10 septembre 2022 au 28 février 2023. Le questionnaire a été validé par le Comité Local d'Éthique de Recherche en santé (cf. annexe 1). Il s'agit d'un questionnaire anonyme, à choix multiples (cf. annexe n°2). Il a été remis à toutes les patientes consultant au COS pour une présentation pelvienne à terme, qui ne présentaient pas de contre-indication à une TVB, à la suite d'un échec de VME ou pour les patientes ne souhaitant pas de VME. Les questionnaires ont été remis aux patientes par les étudiantes sage-femmes, les sage-femmes et le gynécologue du COS. Les patientes ont rempli les questionnaires dans le service, à la fin de leur consultation.

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patientes présentant un fœtus en présentation pelvienne à terme (après échec de VME ou sans tentative de VME)
- Patientes n'ayant pas de contre-indication à TVB
- Patientes acceptant de répondre au questionnaire

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patientes mineures, sous tutelle ou curatelle
- Patientes ne comprenant pas le français
- Patientes présentant une grossesse gémellaire
- Patientes présentant une pathologie gravidique et/ou fœtale
- Patiente refusant de répondre au questionnaire

III. Résultats

Cas n°1

Madame A a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'une licence, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Madame A a déjà accouché par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne. Elle a un très bon vécu de son accouchement. Elle n'a jamais eu de césarienne. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à chacune des consultations. Madame A et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions au gynécologue. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- Le travail peut être plus long que pour une présentation céphalique.
- Le travail n'est pas plus douloureux qu'avec une présentation céphalique.
- Le travail ne doit pas stagner.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.
- Il n'y a pas plus de risques d'avoir une déchirure périnéale ni d'épisiotomie que pour une présentation céphalique.

Madame A n'a pas cherché d'informations supplémentaires par elle-même. Elle a accepté la tentative de VME qui lui a été proposée par le gynécologue qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, qu'elle a par ailleurs mal vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'il était préférable de tenter un accouchement par voie basse.

Madame A a choisi de tenter un accouchement par voie basse et a indiqué que les informations délivrées qui ont le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement étaient celles qui ont été transmises par le praticien qui a suivi sa grossesse.

Cas n°2

Madame B a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'un master, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Madame B n'a jamais accouché, il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à chacune des consultations. Madame B et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions au gynécologue. Ils ont pu avoir des documents avec des informations écrites et ont été rassurés. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, la seule information qui lui a été donnée est la suivante :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des biométries fœtales.

Madame B a compris lors de son suivi de grossesse qu'un accouchement par voie basse était préférable. Madame B a cherché des informations complémentaires dans son entourage et sur Internet. Ces informations complémentaires l'ont inquiétée et ont fait naître de nouvelles questions. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par le gynécologue qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, qu'elle a par ailleurs mal vécu. Elle a demandé l'interruption de la VME pendant le geste. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires. Elle n'a pas compris qu'une des deux voies d'accouchement était préférable à une autre.

Madame B a indiqué que les informations délivrées qui ont le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement étaient celles qui ont été transmises au COS, mais elle n'a pas indiqué quelle voie d'accouchement elle avait choisi.

Cas n°3

Madame C a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'une licence, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Madame C n'a jamais accouché, il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à chacune des consultations. Madame C ne s'est pas sentie écoutée, et les réponses apportées à ses questions n'étaient pas claires. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, la seule information qui lui a été donnée est la suivante :

- La patiente aura une péridurale dès le début du travail.

Madame C est restée avec des questions sans réponses et a cherché des informations complémentaires sur Internet et avec des documents qui lui ont été remis en consultation. Ces recherches lui ont apporté des informations qu'elle n'avait pas eues en consultation et l'ont inquiétée. Elle a refusé une tentative de VME, qui lui a été proposée par le gynécologue qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient floues pour elle. Lors de son rendez-vous au COS, elle a compris qu'il était préférable d'essayer d'accoucher par voie basse pour sa sécurité mais qu'une césarienne était préférable pour la sécurité de son enfant.

Madame C a choisi un accouchement par césarienne par sécurité pour son enfant et pour éviter une césarienne en urgence. Elle a indiqué que les informations délivrées qui ont le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement étaient celles qui ont été transmises au COS.

Cas n°4

Madame D a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'une licence, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Madame D a déjà accouché par voie basse d'un fœtus en présentation céphalique. Elle a un très bon vécu de son accouchement. Elle n'a jamais eu de césarienne. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à certaines consultations. Madame D et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions au gynécologue et se sont sentis

rassurés. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- Une échographie est réalisée en salle de naissance pour vérifier l'absence de déflexion de la tête.
- Le travail ne doit pas stagner.
- La césarienne en cours de travail est plus fréquente que pour une présentation céphalique.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.
- Il n'y a pas plus de risques d'avoir une déchirure périnéale ni d'épisiotomie que pour une présentation céphalique.

Madame D a compris lors de son suivi de grossesse qu'un accouchement par césarienne était préférable. Madame D a cherché des informations complémentaires dans son entourage et avec des documents qui lui ont été remis en consultations. Certaines de ces informations complémentaires l'ont inquiétée et d'autres l'ont rassurée. Elle a refusé une tentative de VME, qui lui a été proposée par le gynécologue qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'il était préférable d'essayer d'accoucher par voie basse.

Madame D a choisi de tenter un accouchement par voie basse car elle préfère éviter une césarienne. Elle a indiqué que les informations délivrées qui ont le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement étaient celles qui ont été transmises au COS.

Cas n°5

Madame E a entre 36 et 40 ans. Diplômée d'un CAP et BEP, elle vit en couple et est actuellement sans emploi. Madame E a déjà accouché plusieurs fois par voie basse de fœtus en présentation céphalique. Elle a un vécu mitigé de ses accouchements, mais n'en n'a jamais parlé avec un professionnel de santé. Elle ne se sent pas traumatisée par ses accouchements à ce jour. Elle n'a jamais eu de césarienne. Sa grossesse a été suivie par une sage-femme en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à chacune des consultations. Madame E et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions à la sage-femme. Ils se sont sentis rassurés et ont pu avoir des documents avec des informations écrites. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des biométries fœtales.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.
- Il y a plus de risques d'avoir une déchirure périnéale et/ou une épisiotomie que pour une présentation céphalique.

Madame E a compris lors de son suivi de grossesse qu'un accouchement par voie basse était préférable. Madame E a cherché des informations complémentaires dans son entourage et avec des documents qui lui ont été remis en consultations. Ces informations ne lui ont rien appris de nouveau. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'il était préférable d'essayer d'accoucher par voie basse.

Madame E a choisi de tenter un accouchement par voie basse car elle préfère éviter une césarienne. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était l'expérience personnelle de ses accouchements.

Cas n°6

Madame F a entre 26 et 30 ans. Diplômée d'état Auxiliaire de Vie Sociale, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Madame F a déjà accouché par voie basse d'un fœtus en présentation céphalique. Elle a un très bon vécu de son accouchement. Elle n'a jamais eu de césarienne. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue et une sage-femme au CHU. Durant son suivi de grossesse, son conjoint était présent aux consultations. Madame F et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions au gynécologue, ils se sont sentis rassurés et ont pu avoir des documents avec des informations écrites. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, l'information qui lui a été donnée est la suivante :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin

Madame F a cherché des informations complémentaires dans son entourage et avec des documents qui lui ont été remis en consultations. Ces informations ne lui ont rien appris de nouveau. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par le gynécologue qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, mais elle l'a bien vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'aucune voie d'accouchement n'était préférable à une autre.

Madame F a choisi de tenter un accouchement par voie basse car elle préfère éviter une césarienne. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était « son envie d'un accouchement naturel ».

Cas n°7

Madame G a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'une licence, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par un gynécologue et une sage-femme en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint a été présent à certaines consultations. Madame G et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions, et les réponses leur ont paru claires. Concernant les

critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- Une échographie est réalisée en salle de naissance pour vérifier l'absence de déflexion de la tête.
- Le travail ne doit pas stagner.
- La césarienne en cours de travail est plus fréquente que pour une présentation céphalique.
- La patiente aura une péridurale dès le début du travail.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.

Madame G a cherché des informations complémentaires dans son entourage, sur Internet et avec des documents qui lui ont été remis en consultation. Ces informations lui ont apporté des éléments qu'elle n'avait pas eus en consultation. Elles l'ont également inquiétée et ont fait naître de nouvelles questions. Elle a accepté une tentative de VME qui lui a été proposée par le gynécologue et la sage-femme qui ont suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, mais elle l'a bien vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'aucune voie d'accouchement n'était préférable à une autre.

Madame G a choisi un accouchement par césarienne par sécurité pour elle, pour son enfant, pour éviter une césarienne en urgence et par « crainte de vivre un premier accouchement traumatisant en cas de complications ». Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était les informations qu'elle a cherchées par elle-même et « son ressenti ».

Cas n°8

Madame H a entre 31 et 35 ans. Diplômée d'un doctorat en médecine, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par une sage-femme au CHU. Durant son suivi de grossesse, son conjoint n'était pas présent en consultation. Madame H s'est sentie écoutée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des biométries fœtales.
- Une échographie est réalisée en salle de naissance pour vérifier l'absence de déflexion de la tête.
- Le travail ne doit pas stagner.
- La césarienne en cours de travail est plus fréquente que pour une présentation céphalique.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.
- Il existe un risque de fracture de la clavicule lors des manœuvres
- Il y a plus de risques d'avoir une déchirure périnéale et/ou une épisiotomie que pour une présentation céphalique.
- La patiente aura une péridurale dès le début du travail.
- Le travail peut être plus long que pour une présentation céphalique.

Madame H a cherché des informations complémentaires parmi ses collègues médecins. Ces informations lui ont apporté des éléments qu'elle n'avait pas eus en consultation et l'ont également rendue inquiète. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse. Les explications sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, mais elle l'a bien vécu. Les

informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'il était préférable d'accoucher par voie basse.

Madame H a choisi de tenter un accouchement par voie basse. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était les informations qu'elle a eues lors de son rendez-vous au COS.

Cas n°9

Madame I a entre 26 et 30 ans. Diplômée d'un doctorat, elle vit en couple et exerce une activité professionnelle. Il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par une sage-femme au CHU. Durant son suivi de grossesse, son conjoint était présent aux consultations. Madame I et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions à la sage-femme, ils se sont sentis rassurés et ont pu avoir des documents avec des informations écrites. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- Une échographie est réalisée en salle de naissance pour vérifier l'absence de déflexion de la tête.
- Le travail n'est pas plus douloureux que pour une présentation céphalique
- La césarienne en cours de travail est plus fréquente que pour une présentation céphalique.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.
- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.

Madame I a cherché des informations complémentaires dans son entourage, sur Internet, dans des revues et magazines et avec des documents qui lui ont été remis en

consultations. Ces informations lui ont apporté des éléments qu'elle n'avait pas eus en consultation et l'ont également rendue inquiète. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse. Les explications et les réponses à ses questions sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, mais elle l'a bien vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris qu'il était préférable d'accoucher par voie basse.

Madame I a choisi un accouchement par césarienne, pour éviter une césarienne en urgence. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était les informations qu'elle a recherchées par elle-même.

Cas n°10

Madame J a entre 18 et 25 ans. Diplômée d'un master, elle vit en couple et est actuellement sans emploi. Il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par une sage-femme en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint était présent aux consultations. Madame J et son conjoint se sont sentis écoutés et libres de poser leurs questions à la sage-femme, et ils ont pu avoir des documents avec des informations écrites. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- La césarienne en cours de travail est plus fréquente que pour une présentation céphalique.
- Le travail peut être plus long que pour une présentation céphalique.
- Le travail est plus douloureux que pour une présentation céphalique
- La patiente aura une péridurale dès le début du travail.
- Une équipe médicale importante est présente à l'accouchement.

- Des manœuvres pour l'accouchement de la tête sont possibles.
- Il n'y a pas plus de risques d'avoir une déchirure périnéale et/ou une épisiotomie que pour une présentation céphalique.

Madame J a cherché des informations complémentaires dans son entourage et sur Internet. Certaines de ces informations l'ont rassurée et d'autres l'ont rendue inquiète et ont fait naître de nouvelles questions. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse. Les explications sur la VME étaient claires pour elle, mais les réponses à ses questions étaient floues. Sa VME s'est soldée par un échec, mais elle l'a bien vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires elle a compris qu'aucune voie d'accouchement n'était préférable à une autre.

Madame J a choisi un accouchement par césarienne, par sécurité pour son enfant. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était les informations qu'elle a eues au COS.

Cas n°11

Madame K a entre 18 et 25 ans. Diplômée d'un CAP elle vit en couple et elle exerce une activité professionnelle. Il s'agit de sa première grossesse. Sa grossesse a été suivie par une sage-femme en libéral. Durant son suivi de grossesse, son conjoint était présent aux consultations. Madame K et son conjoint se sont sentis écoutés, libres de poser leurs questions à la sage-femme, et ils se sont sentis rassurés. Concernant les critères d'acceptabilité et l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne, les informations qui lui ont été données sont les suivantes :

- L'accord voie basse de l'accouchement dépend des mesures de son bassin et des biométries fœtales.
- Le travail peut être plus long que pour une présentation céphalique.
- Le travail est plus douloureux que pour une présentation céphalique
- La voie basse est préférable à une césarienne

Madame K a cherché des informations complémentaires dans son entourage et sur Internet. Ces informations l'ont rassurée. Elle a accepté une tentative de VME, qui lui a été proposée par la sage-femme qui a suivi sa grossesse et par un gynécologue. Les explications sur la VME étaient claires pour elle. Sa VME s'est soldée par un échec, qu'elle a mal vécu. Les informations qui lui ont été transmises au COS lui ont paru claires et elle a compris que la césarienne était préférable.

Madame K a choisi un accouchement par césarienne, par sécurité pour son enfant, pour elle et pour éviter une césarienne en urgence. Elle a indiqué que ce qui a le plus pesé dans son choix de voie d'accouchement était les informations qu'elle a cherchées elle-même.

Synthèse de la population

Dans notre population d'étude, la majorité des patientes, 6 sur 11, ont entre 31 et 35 ans. Les autres patientes appartiennent à d'autres tranches d'âges, à savoir 18-25ans (2 patientes), 26-30ans (2 patientes), et 36-40 ans (1 patiente). Elles vivent toutes en couple, et les conjoint(e)s étaient tou(te)s présent(e)s aux consultations, sauf pour une patiente.

Neuf patientes sur onze ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Neuf patientes ont une activité professionnelle.

Huit patientes ont effectué leur suivi de grossesse en libéral. Quatre d'entre elles par un gynécologue, trois par une sage-femme et une patiente a été suivie par une sage-femme et un gynécologue.

Sept patientes sur onze sont des primipares. Les quatre autres sont des multipares qui ont toutes accouché par voie basse, il n'y a pas de patiente avec un utérus cicatriciel dans notre étude. Toutes les patientes qui ont choisi une césarienne programmée sont des primipares (5/11). Toutes les multipares ont choisi une TVB.

Les principaux motifs du choix de la césarienne étaient d'assurer la sécurité de l'enfant (4/5) et éviter une césarienne en urgence (4/5).

Seulement une seule patiente ne s'est pas sentie écoutée par son praticien. Huit patientes ont eu des documents écrits complémentaires en consultation. Une seule patiente n'est pas allée chercher d'informations complémentaires elle-même. Une seule patiente a déclaré que les informations qui avaient le plus pesé dans son choix d'accouchement étaient celles délivrées par le praticien qui a suivi sa grossesse. Sept patientes ont déclaré que les informations issues de leurs recherches personnelles les ont rendues inquiètes et quatre ont déclaré avoir découvert des informations qu'elles n'avaient pas eu en consultation.

Nous avons évalué la qualité de l'information en fonction des informations objectives que les patientes ont déclaré avoir reçues lors de leur suivi de grossesse :

- Les critères d'acceptations de voie basse recommandés par le CNGOF : les biométries fœtales, les mesures du bassin et l'absence de déflexion de la tête fœtale
- Les critères concernant la conduite du travail : présence d'une équipe importante à l'accouchement, la possibilité de manœuvres pour l'accouchement de la tête, la possibilité de la césarienne en urgence et un travail qui ne doit pas stagner.

L'information a été qualifiée « complète » si la patiente déclare avoir été informée de ces sept critères. Elle est qualifiée « satisfaisante » si la patiente en déclare au moins 5 et « insuffisante » si elle n'a été informée que de 4 critères ou moins. Les critères de refus de voie basse concernant les pathologies maternelles ou fœtales ne sont pas évoqués car ils font partie des critères d'exclusion de notre étude.

Cinq patientes ont reçu une information insuffisante, 4 patientes ont reçu une information satisfaisante et 2 patientes ont reçu une information complète.

IV. Discussion

I. Limites et points forts de l'étude

a. Les limites

La taille de notre échantillon était relativement faible puisque nous avons seulement recueilli 11 questionnaires. Ainsi, le manque de puissance de l'étude constitue un biais important. En effet, il y avait deux études avec questionnaires à destination des patientes en cours dans le service. De plus, l'activité du COS a été importante, l'équipe médicale n'a donc pas toujours eu la possibilité de distribuer les questionnaires aux patientes éligibles. Sur le nombre total de patientes éligibles sur notre durée d'étude, cela conduit en effet à un effectif limité.

Le format du recueil de données, le questionnaire, apporte également un biais important. Notre questionnaire propose des réponses déjà établies, ce qui peut manquer de précision par rapport aux véritables réponses des patientes et efface des nuances dans les réponses.

Des entretiens avec les patientes auraient pu être pertinents avec un tel effectif. Cela aurait permis une approche qualitative et aurait également permis d'aborder la question de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), et ainsi mieux appréhender la relation de confiance entre la patiente et le praticien qui a suivi la grossesse et l'éventuelle appréhension de l'accouchement. Cette méthode n'avait pas été choisie initialement car l'objectif était d'avoir plus de questionnaires afin d'obtenir des données significatives.

b. Les points forts

Ce sujet d'étude n'a jamais été réalisé au CHU de Caen. Cette première approche permet de soulever des tendances qui pourraient orienter une autre étude plus approfondie sur le sujet. Nous avons relevé que toutes les patientes qui ont choisi une césarienne programmée sont des primipares. Les questions abordées pourraient être adaptées pour approfondir la question de la peur de l'accouchement chez la primipare, et le vécu des accouchements des multipares. De plus, nous avons soulevé que réaliser des

entretiens en abordant l'EPP et de la PNP pourrait être pertinent pour approfondir la question de la relation soignant-patient.

II. La parité

On observe dans notre population d'étude que les 5 patientes qui ont choisi une césarienne programmée sont toutes des primipares. Une seule primipare a choisi une TVB. Toutes les patientes ayant déjà accouché ont accepté une TVB et ont déclaré avoir bien vécu leur(s) accouchement(s) précédent(s), sauf une seule qui a déclaré avoir un vécu « mitigé ». Aucune de nos patientes n'a déclaré avoir un mauvais vécu de l'accouchement et aucune d'entre elles n'a accouché par césarienne.

On pourrait supposer qu'il s'agit ici d'une peur de l'accouchement, indépendamment de la présentation. Dans la population générale, environ 80% des femmes exprimeraient de la peur à la perspective de l'accouchement, 20% seraient atteintes de tocophobie légère à modérée et environ 6 à 11% seraient atteintes d'une phobie sévère à invalidante (39). La « tocophobie » se définit par « une peur excessive et persistante de l'accouchement » qui est reconnue depuis 1997 dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (39). Une étude prospective menée sur 120 patientes en 2019 a cherché à évaluer la peur de l'accouchement chez les primipares, chez les multipares, et à observer l'impact des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sur l'appréhension de l'accouchement (39). La peur de l'accouchement a été évaluée avec l'EPA, échelle d'Évaluation de la Peur de l'Accouchement, une adaptation francophone de la « Traumatic Event Scale » (TES) validée en 2011 (40). Un score élevé indique un niveau élevé de peur. (40) Il a été retrouvé de manière significative un score plus élevé chez les primipares. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les patientes ayant participé à des séances de PNP et celles qui n'y ont pas participé. Les résultats de cette étude concernant la parité et la peur de l'accouchement pourraient être une explication à la tendance observée dans notre étude. En 2015, une autre étude prospective menée sur 92 patientes dont 57 primipares et utilisant également l'EPA, avait également retrouvé une peur de l'accouchement significativement plus élevée chez les patientes n'ayant jamais accouché (41). Dans cette étude, il avait également été retrouvé

de manière significative une peur de l'accouchement plus importante chez les patientes anxieuses (41). L'anxiété a été mesurée avec l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), une échelle de mesure validée (42). Cet aspect n'a pas été évalué dans notre étude et a pu composer un biais important. Il n'est pas fait mention du type de présentation dans les études sur la peur de l'accouchement, nous n'avons à ce jour pas de données comparant la peur de l'accouchement entre les patientes ayant un fœtus en présentation céphalique et les patientes ayant un fœtus en présentation pelvienne. Notre échantillon d'étude est trop faible pour conclure, mais la tendance observée du refus de voie basse concernant uniquement les primipares dans notre étude pourrait s'expliquer avec les données de la littérature concernant la peur de l'accouchement chez les primipares. Il aurait été intéressant de pouvoir observer la tendance avec une population de multipares ayant déjà accouché par césariennes et/ou ayant un vécu différent de l'accouchement par voie basse.

Il serait également intéressant de pouvoir identifier les motifs de peur de l'accouchement. Parmi les patientes ayant choisi une césarienne programmée, le motif de la sécurité de l'enfant était présent pour 4 patientes sur 5 alors que la sécurité maternelle n'a été évoquée que par 2 patientes sur 5. Une seule patiente a rédigé sa propre réponse en précisant « la crainte de vivre un premier accouchement traumatique ». Bien que le questionnaire permît aux patientes de rédiger leur propre réponse, la présence de ces réponses prédéfinies a pu apporter un biais et limiter la précision de la réponse. Mieux explorer cette question de la peur de l'accouchement chez la primipare et les motifs de cette peur pourrait permettre d'adapter la prise en charge de ces patientes, en adaptant les entretiens et l'information en fonction des motifs de peur des patientes.

III. L'information délivrée

a. Qualité de l'information

Le devoir d'informer correctement le patient est inscrit dans le code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information, loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses

explications et veille à leur compréhension. » (43). La loi Kouchner date de 2002, mais la notion de « consentement aux soins » apparaît dans la jurisprudence française dès 1936. (38). Le patient est aujourd'hui co-acteur des soins et doit être correctement éclairé afin de poser librement ses choix concernant ses soins. Ce devoir d'information s'applique aussi aux sage-femmes (44) et au médecin obstétricien même s'il ne s'agit pas ici d'une maladie mais d'une grossesse. Les questionnaires de notre étude ont été donnés à la fin de la grossesse des patientes, ils reflètent donc l'information retenue par les patientes à la fin de leur grossesse et non directement l'information délivrée en consultation.

On n'observe pas de tendance entre la qualité de l'information et le choix des patientes. La césarienne a été choisie par une patiente sur les deux ayant reçu une information complète, deux patientes sur les quatre ayant reçu une information satisfaisante et deux parmi les cinq ayant reçu une information insuffisante. Nous avons ici évalué la qualité de l'information en fonction de l'exhaustivité des éléments communiqués concernant un accouchement par voie basse lors d'une présentation pelvienne à terme. L'exhaustivité ne peut cependant pas être le seul critère de jugement d'une information. Deux patientes ont déclaré avoir compris que l'accouchement par voie basse était plus douloureux pour une présentation céphalique que pour une présentation pelvienne. L'une d'elle a reçu une information satisfaisante et la deuxième une information insuffisante, et les deux ont choisi une césarienne programmée. Il n'a jamais été montré que les accouchements par le siège était plus douloureux. Donc, au-delà du caractère exhaustif de l'information, la véracité et la compréhension de l'information sont essentielles. Même avec une information satisfaisante, la peur d'un accouchement plus douloureux pourrait biaiser la compréhension des patientes et être un argument en faveur d'une césarienne programmée. Le praticien doit donc procurer une information exhaustive mais aussi s'assurer de sa bonne compréhension.

b. Importance du support écrit délivré en consultation

Un support écrit est bénéfique aux patientes pour la compréhension de l'information. Une étude prospective publiée en 2013 évaluait le bénéfice d'une information orale et écrite concernant l'utilisation des AINS sur 140 patients dans un service de médecine de réadaptation (45). D'après cette étude, les patients ayant reçu une information orale et

écrite avaient des meilleures connaissances sur le traitement par rapport à ceux qui n'avaient reçu l'information que par un seul moyen, écrit ou oral (45). Ce sujet a aussi été étudié pour des patients lors d'une consultation préopératoire de chirurgie orthogénétique. Cette étude, publiée en 2014, a étudié l'impact d'un document écrit reprenant les informations délivrées en consultation sur la compréhension de 32 patients (46). Il a été trouvé de manière significative qu'un support écrit en complément de la consultation est bénéfique au patient pour une meilleure compréhension des informations délivrées en consultation (46). Dans notre étude, 8 patientes sur 11 ont reçu des documents écrits en consultation. Comme la majorité des patientes ont reçu une information écrite, il est difficile d'observer une tendance de l'impact des documents écrits sur les choix posés par les patientes dans notre étude. Mais on peut observer que 6 patientes sur les 8 qui ont eu des documents écrits sont allées chercher des informations complémentaires dans ces documents. Bien que l'effectif de notre population soit trop bas pour avoir des résultats significatifs, on observe sur notre population que les documents écrits sont en majorité exploités par les patientes.

c. Importance de la relation soignant-patient

Nous avons précédemment évoqué l'importance de la relation de confiance entre les soignants et le patient dans la délivrance des informations (38). En effet, même si les informations délivrées sont objectives et complètes, elles seront reçues différemment selon la confiance accordée au praticien. De plus, la délivrance des informations doit être adaptée à chaque patient. Le but n'étant pas uniquement de délivrer l'information mais que celle-ci soit comprise. Et pourtant, dans notre étude, 9 patientes sur 11 se sont senties libres de poser leurs questions au praticien et 10 sur 11 ont déclaré que les informations qu'elles ont eues au COS leur ont paru claires. Malgré une relation que l'on pourrait qualifier de « confiance » entre la majorité des patientes et les soignants, la liberté de poser des questions et des supports écrits remis en consultations, les patientes sont allées chercher des informations complémentaires par elles-mêmes, et 5 d'entre elles ont déclaré que ce sont ces informations qui ont le plus pesé dans leur choix d'accouchement. Une seule patiente a déclaré ne pas se sentir écoutée par son praticien, non libre de poser ses questions. Cependant, comme nous l'avons évoqué, le questionnaire que nous avons utilisé

ne permet pas d'être précis dans l'évaluation de la relation de confiance. Nous ne savons pas, dans notre population, si la patiente a eu un EPP et une PNP. Cela aurait été intéressant de savoir s'il y en avait eu, s'ils ont eu lieu avec le praticien qui suit la grossesse, si l'entretien et/ou la PNP impactent la relation de confiance avec le praticien. Toutes ces données ne sont pas évaluables par notre questionnaire.

d. Les informations issues des recherches personnelles

Dix patientes sur onze sont allées chercher des informations sur Internet et dans leur entourage. La seule patiente qui n'est pas allée chercher d'informations complémentaires est la patiente qui a déjà accouché par voie basse d'un fœtus en présentation pelvienne. Bien que nos données ne soient pas significatives, cette tendance observée sur notre population d'étude nous indique qu'il serait intéressant d'observer ce critère sur une population plus grande. Sept patientes ont déclaré que ces informations les ont inquiétées, et parmi ces patientes, quatre ont choisi une césarienne programmée. Trois sur ces quatre patientes ont indiqué que ce sont ces recherches personnelles qui ont le plus pesé dans leur choix de voie d'accouchement. Notre population d'étude est trop petite pour conclure. Mais nous observons sur notre échantillon que la moitié des patientes qui ont effectué des recherches personnelles ont indiqué que ces recherches ont le plus pesé dans leur choix de voie d'accouchement. Cela pourrait s'ajouter à notre hypothèse de l'impact de la parité sur le choix de la voie d'accouchement. La peur de l'accouchement chez les primipares pourrait-être majorée par les informations issues de leurs recherches personnelles. Si la majorité des patientes recherchent des données elles-mêmes, nous pourrions envisager de fournir aux patientes des références pour leurs recherches personnelles. Cela pourrait permettre d'éviter les fausses informations ainsi que les inquiétudes supplémentaires qui en suivent.

V. Conclusion

Dans notre population, toutes les patientes ayant choisi une césarienne programmée sont des primipares et toutes les multipares ont choisi une tentative de voie basse. Les principaux motifs de choix de la césarienne programmée étaient d'assurer la sécurité de l'enfant et d'éviter une césarienne en urgence.

La majorité des patientes ont présenté une relation de confiance avec le praticien qui a suivi leur grossesse. Cependant la qualité de l'information rapportée par les patientes était très variable. L'effectif de notre population est trop faible pour obtenir des résultats significatifs. Cependant, les tendances observées sur notre population soulèvent l'intérêt de mener une étude avec des entretiens individuels avec les patientes afin d'approfondir la question de la qualité de l'information transmise aux patientes et des motifs de peur de l'accouchement. Cela pourrait permettre d'adapter la prise en charge de ces patientes lors des consultations.

VI. Bibliographie

1. Mattuizzi A. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Épidémiologie, facteurs de risque et complications. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2020;48(1):70-80.
2. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 1 avr 2006;194(4):1002-11.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*. 21 oct 2000;356(9239):1375-83.
4. Lorthé E, Benhammou V, Marchand-Martin L, Pierrat V, Lebeaux C, Durox M, et al. Cohort Profile: the Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels-2 (EPIPAGE-2) preterm birth cohort. *Int J Epidemiol*. 1 oct 2021;50(5):1428-1429m.
5. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête Nationale Périnatale 2016: Les naissances en 2016 et leur évolution depuis 2010. [Internet]. INSERM; 2017 [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
6. Le Ray C, Lelong N, Cinelli H. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-ledition-2021/45860/>
7. Su M, Hannah WJ, Willan A, Ross S, Hannah ME, Term Breech Trial collaborative group. Planned caesarean section decreases the risk of adverse perinatal outcome due to both labour and delivery complications in the Term Breech Trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. oct 2004;111(10):1065-74.
8. Su M, McLeod L, Ross S, Willan A, Hannah WJ, Hutton E, et al. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2003;189(3):740-5.
9. Azria É. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2020;48(1):120-31.
10. Parant O, Bayoumeu F. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Accouchement. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2020;48(1):136-47.
11. Sananès N. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2020;48(1):95-108.
12. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 21 juill 2015;2015(7):CD000166.
13. Colleá JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 15 mai 1980;137(2):235-44.
14. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*. 1 mai 1983;146(1):34-40.
15. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. janv 2016;123(1):49-57.
16. Thornton J. The Term Breech Trial results are generalisable. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(1):58-58.
17. Olver R, Walters D. Why babies don't drown at birth? *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. oct 2008;97(10):1324-6.
18. Hejl L, Perdriolle-Galet E, Gauchotte E, Callec R, Morel O. Accouchement par voie basse des fœtus en présentation du siège : impact d'une politique incitative de service. *Rev Sage-Femme*. 1 févr 2018;17(1):22-32.
19. Simon EG. Réponse de E.G. Simon à l'article de L. Hejl et al. : Accouchement par voie basse des fœtus en présentation du siège : impact d'une politique incitative de service. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(11):596–603. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 févr 2018;46(2):133-4.

20. Fruscalzo A, Londero AP, Gerleve H, Riedel N, Jaspers KD. Short-term neonatal outcomes in vaginal breech delivery: Results of a retrospective single-centre study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 déc 2022;279:122-9.
21. Korb D. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques maternels de la césarienne programmée comparée à la tentative de voie basse. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 janv 2020;48(1):109-19.
22. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA.* 10 avr 2002;287(14):1822-31.
23. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2004;191(3):917-27.
24. Goffinet F, Garabedian C, Le Ray C, Lansac J. *Pratique de l'accouchement.* 7^{ème}. Elsevier-Masson; 2022. 544 p.
25. Ladaïque A, Leroch' A, Deruelle P. Les risques maternels et fœtaux de la césarienne programmée et en urgence. *Pelvi-Périnéologie.* 1 sept 2009;4(3):200-6.
26. Grabarz A, Ghesquière L, Debarge V, Ramdane N, Delporte V, Bodart S, et al. Cesarean section complications according to degree of emergency during labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* janv 2021;256:320-5.
27. Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. *Rev Sage-Femme.* 1 juin 2019;18(3):135-44.
28. Guernalec-Levy. La reprise de la sexualité pas plus facile après une césarienne [Internet]. Gynger. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.gynger.fr/reprise-de-la-sexualite-apres-laccouchement-les-etonnants-resultats-dune-etude-australienne/>
29. Trabelsi K, Jedidi J, Yaich S, Louati D, Amouri H, Gargouri A, et al. LES COMPLICATIONS MATERNELLES PER OPERATOIRES DE LA CESARIENNE : A PROPOS DE 1404 CAS. *Journal de l'Information Médicale de Sfax.* 2006;(11/12):33-38.
30. ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol.* janv 2019;133(1):e73-7.
31. Kor-Anantakul O, Suwanrath C, Lim A, Chongsuwiwatwong V. Comparing complications in intended vaginal and caesarean deliveries. *J Obstet Gynaecol.* janv 2008;28(1):64-8.
32. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet Lond Engl.* 13 oct 2018;392(10155):1349-57.
33. Deneux-Tharaux C. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2012;41(8):697-707.
34. Kollmann M, Gaulhofer J, Lang U, Klaritsch P. Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2 mai 2016;29(9):1395-8.
35. OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-15.02>
36. Lafitte AS, Dolley P, Le Coutour X, Benoist G, Prime L, Thibon P, et al. Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network – Interest and limitations of the French medico-administrative data (PMSI). *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 févr 2018;47(2):39-44.
37. Lembrouck C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. Peut-on diminuer le taux de césarienne dans un CHU de niveau III ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 juin 2016;45(6):641-51.
38. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Académie Natl Médecine.* 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
39. Riquet S, Henni M, Fremondière P. Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. *Périnatalité.* 1 sept 2020;12(3):130-9.
40. Béland M, Chabot K, Goulet Gervais L, Morin AJS, Gosselin P. Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. *L'Encéphale.* 1 sept 2012;38(4):336-44.
41. Perier S, Gautier J, O'Reilly A, Séjourné N. Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de

l'accouchement : une étude exploratoire. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 nov 2016;26(4):170-9.

42. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes.* 1 août 2003;1(1):29.

43. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586

44. Article R4127-334 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913135

45. Gremeaux V, Durand S, Benaïm C, Hérisson C, Monleaud J, Hansel S, et al. Evaluation of various ways to deliver information concerning non-steroidal anti-inflammatory drugs to osteoarthritis patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 févr 2013;56(1):14-29.

46. Poynard S, Pare A, Bonin Goga B, Laure B, Goga D. Compréhension de l'information médicale délivrée lors des consultations de chirurgie orthognathique. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale.* 1 juin 2014;115(3):135-9.

VII. Annexes

Annexe 1 : Avis du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire Moutel

Membres

Fanny Rogue
Pr Philippe Ravasse
Nathalie Brielle
Dr Sonia Guillouet,
Guillaume Grandazzi
Claude Françoise
François Girault
Véronique Gauthier
Dr Bertille Suzat
Dr Xavier Humbert
Pr Achille Aouba
Dr Remy Morello

A : Blanche JANSEN

Objet : avis favorable projet de recherche N° 3669

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude : Principaux motifs de refus et d'acceptation d'une tentative d'accouchement par voie basse à terme lors d'une présentation pelvienne au CHU de Caen

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant :

Avis Favorable

Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis.
Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- Une démarche qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- Une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- **Respecter le principe d'information des participants, information adossée au principe de non opposition (voie d'affichage, livret d'accueil...)**

Cordialement

Pr G Moutel

Président du CLERS

25/08/2022

Annexe 2 : Questionnaire

Bonjour Mesdames.

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Caen. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les informations délivrées aux patientes, concernant les accouchements par voie basse lors d'une présentation en siège. Ainsi, je vous invite à répondre aux questions suivantes. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Ce questionnaire est anonyme et les informations resteront strictement confidentielles. Je vous remercie par avance d'avoir accepté de partager votre expérience, essentielle à l'élaboration de mon mémoire.

Je vous prie d'agréer, mesdames, mes sincères salutations.

Pour chaque question, plusieurs réponses sont possibles.

Vous avez :

- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Entre 36 et 40 ans
- Entre 41 et 45 ans

Vous êtes :

- Célibataire
- En couple
- Autres, précisez :

Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- CAP et BEP
- BTS ou DUT
- Licence
- Master
- Doctorat
- Autre, précisez :

Actuellement, vous êtes :

- Étudiante
- Professionnelle en activité
- Sans emploi
- En recherche d'emploi

Il s'agit de votre :

- 1^{ère} grossesse
- 2^{ème} grossesse ou plus

Avez-vous déjà accouché par voie basse ?

- Oui en présentation céphalique
- Oui, en présentation du siège
- Non

Si oui, comment avez-vous vécu votre/vos accouchements :

- Parfait
- Très bien
- Bien
- Mitigé
- Mal
- Très mal
- Traumatisant
- Autres, précisez :

Si vous avez eu un mauvais vécu, avez-vous pu en reparler avec un professionnel de santé ? (Médecin, sage-femme, psychologue...)

- Oui
- Non

Vous sentez-vous encore traumatisée aujourd'hui ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà accouché par césarienne ?

- Oui
- Non

Si oui, comment cela s'est-il passé ?

- Césarienne en urgence
- Césarienne programmée
- J'ai bien compris pourquoi on m'a fait une césarienne
- Je n'ai pas bien compris pourquoi on m'a fait une césarienne

Concernant le suivi de votre grossesse actuelle :

Qui a suivi votre grossesse ?

- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Un gynécologue et une sage-femme
- Votre médecin traitant
- Un médecin Généraliste et une sage-femme
- Autres, précisez :

Le suivi a-t-il été effectué

- En libéral
- Au CHU
- Dans un autre hôpital
- Autres, précisez :

Pendant vos rendez-vous, est-ce que...

- Vous vous êtes sentie écoutée
- Vous avez pu poser toutes vos questions
- Vous avez eu des réponses claires
- Vous ne vous êtes pas sentie écoutée
- On ne vous a pas laissé poser vos questions
- Les réponses apportées n'étaient pas claires

- Vous avez pu avoir des documents avec des informations écrites
- Vous avez été rassurée

Si vous êtes en couple, est-ce que...

- Votre conjoint(e) était présent(e) aux rendez-vous
- Votre conjoint(e) n'était pas présent(e) aux rendez-vous

Si votre conjoint(e) était présent(e) aux rendez-vous :

- Il/Elle s'est intéressé(e) au sujet
- Il/Elle ne s'est pas intéressé(e) au sujet
- Il/Elle a pu poser ses questions
- Il/Elle s'est senti(e) senti(e) écouté(e) pendant les rendez-vous
- Il/Elle a eu l'impression qu'on ne lui laissait pas poser ses questions
- Il/Elle a eu l'impression de ne pas être écouté(e)
- Autres, précisez :

Vous a-t-on parlé de faire des mesures de bassin ?

- Oui, on m'a dit que l'accouchement dépendrait de ces mesures
- Oui, on m'a prescrit un pelviscanner
- Non

Vous a-t-on parlé des mesures de votre bébé ?

- Oui, on m'a dit que l'accouchement dépendrait de l'estimation du poids fœtal
- Oui, j'ai eu un rendez-vous pour une estimation du poids fœtal
- Non

Que vous a-t-on dit sur le travail ?

- Que le travail peut-être plus long
- Que la durée du travail ne change pas selon la présentation céphalique ou pelvienne
- Que j'aurais une échographie en salle de naissance pendant le travail pour voir la position du bébé
- Que le travail était plus douloureux
- Que le travail n'était pas plus douloureux avec une présentation pelvienne
- Que j'aurais une péridurale dès le début du travail
- Qu'une césarienne en cours de travail était plus fréquente
- Que le travail ne devait pas stagner

Que vous a-t-on dit sur l'accouchement ?

- Que la voie basse était préférable
- Que la césarienne était préférable
- Qu'il y aurait une équipe médicale importante à l'accouchement (sage-femme, gynécologue, anesthésiste, pédiatre et étudiants)
- Qu'il peut y avoir des manœuvres pour l'accouchement de la tête
- Qu'il existe un risque de fracture de la clavicule lors des manœuvres
- Que le risque de déchirure périnéale est plus important
- Qu'il n'y a pas plus de risque d'avoir une déchirure périnéale
- Que le risque d'épisiotomie était plus important
- Qu'il n'y a pas plus de risque d'avoir une épisiotomie

Êtes-vous restée avec des questions sans réponses ?

- Oui

Non

Concernant l'accouchement d'un bébé en siège, pendant votre suivi de grossesse

Avez-vous cherché des informations complémentaires par vous-même :

- Oui, dans mon entourage
- Oui, sur internet
- Oui, avec des documents que l'on m'a donné en consultation
- Oui dans des livres, revues et magazines
- Non
- Autres, précisez :

Si oui, est-ce que ces recherches...

- Vous ont apportées des informations que vous n'avez pas eu en consultation
- Vous ont inquiétées
- Vous ont rassurées
- Ont fait naître de nouvelles questions
- Ne vous ont rien appris de nouveau
- Autres, précisez :

Si oui, lesquelles ?

Vous a-t-on parlé de la Version par Manœuvre externe (VME) avant votre rendez-vous au COS ?

- Oui
- Non

Si oui, qui vous en a parlé :

- Une sage-femme
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Autres, précisez :

Avez-vous trouvé que les informations étaient :

- Claires
- Peu claires
- Pas du tout claires
- Floues
- Autres, précisez :

Avez-vous eu des questions :

- Oui
- Non

Si oui, les réponses vous ont-elles paru

- Claires
- Peu claires
- Pas du tout claires
- Floues
- Autres, précisez :

Avez-vous fait une tentative de VME ?

- Oui, une tentative
- Oui, deux tentatives

Non

Si Oui, La VME a-t-elle fonctionné :

- Oui à la première tentative
- Oui, à la deuxième tentative
- Non

Si oui, comment avez-vous vécu votre/vos tentatives de VME ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- J'ai demandé à interrompre le geste
- Autres, précisez :

Lors de votre rendez-vous au COS au CHU...

Les informations et explications...

- Vous ont parues claires
- N'étaient pas claires
- Vous ont été utiles pour choisir votre mode d'accouchement
- Vous n'avez rien appris de nouveau
- Etaient contradictoires avec celles délivrées pendant votre suivi de grossesse
Si oui, lesquelles :

Après discussion avec l'équipe médicale du COS...

- Vous avez compris qu'il était préférable d'essayer d'accoucher par voie basse
- Vous avez compris qu'il était préférable d'accoucher par césarienne
- Vous avez changé votre avis sur le mode d'accouchement
- Vous n'avez pas changé d'avis sur le mode d'accouchement

Qu'est-ce qui a le plus pesé dans votre choix pour la voie d'accouchement ?

- Les informations que vous avez cherchées par vous-même
- Les informations délivrées par le praticien qui a suivi votre grossesse
- Les informations que vous avez eu au COS
- Autres, précisez :

Si vous avez choisi d'accoucher par césarienne :

Pourquoi ?

- Par sécurité votre enfant
- Par sécurité pour vous
- Pour éviter une césarienne en urgence
- Pour ne pas avoir mal
- Parce qu'avec les informations que vous avez reçues, vous avez compris que c'était le plus sûr
- Autres, précisez :

Si vous avez choisi d'accoucher par voie basse :

Pourquoi ?

- Par sécurité votre enfant
- Par sécurité pour vous
- Parce qu'avec les informations que vous avez reçues, vous avez compris que c'était le plus sûr
- Parce-que vous préférez éviter la césarienne si possible
- Autres, précisez :

Résumé :

Introduction : Les présentations pelviennes à terme représentent 4,3% des naissances en France métropolitaine en 2021 et ont représenté 7,4% des accouchements au CHU de Caen la même année. L'accouchement par voie basse est envisageable sur plusieurs critères recommandés par le CNGOF. Les patientes peuvent choisir un accouchement par césarienne programmée même si elles répondent à toutes les recommandations pour un accouchement voie basse. L'objectif de cette étude était d'identifier les motifs de refus d'une tentative de voie basse des patientes qui répondaient aux recommandations pour la voie basse.

Matériel et Méthode : il s'agit d'une étude prospective réalisée avec un questionnaire à choix multiples délivrées aux patientes lors de leur RDV au CHU de Caen.

Résultats : Onze patientes ont participé à l'étude. Cinq patientes sur onze ont choisi une césarienne programmée, cinq patientes ont choisi une TVB et une patiente demeurait indécise. Toutes les patientes qui ont choisi une césarienne programmée sont des primipares, toutes les multipares ont choisi une TVB.

Discussion : l'effectif de notre étude est trop faible pour nous permettre de conclure. Cependant, nous observons que la parité pourrait être un élément clé dans le choix de voie d'accouchement des patientes. Quant à la qualité de l'information reçue par les patientes, il semblerait pertinent de l'étudier lors d'entretiens avec les patientes.

Mots-clés : voie basse-siège-présentation pelvienne

Auteur : Blanche JANSEN

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2019-2023

Abstract :

Introduction: Pelvic presentations at term represent 4.3% of births in metropolitan France in 2021 and accounted for 7.4% of deliveries at Caen University Hospital in the same year. The vaginal delivery is possible on several criteria recommended by the CNGOF. Patients may choose a scheduled caesarean delivery even if they meet all the recommendations for a vaginal delivery. The aim of this study is to identify the reasons for refusing a vaginal delivery attempt among patients who though met the recommendations for vaginal delivery.

Material and method: This is a prospective study carried out with a multiple choice questionnaire given to patients during their appointment at the Caen University Hospital.

Results: Eleven patients took part in the study. Five of them chose a scheduled caesarean section, five chose a vaginal delivery attempt and the last one was uncertain. All patients who chose a scheduled caesarean section were primiparous, all multiparous women chose a vaginal delivery attempt.

Discussion: The size of our study is too small to allow us to significantly conclude. However, we observe that parity could be a key element in the choice of delivery mode for patients. Regarding the quality of informations received by the patients, it would seem relevant to study them through deeper interviews with them.

Key words: vaginal route-seat-pelvic presentation

Author : Blanche JANSEN

STATE DIPLOMA OF MIDWIFE
SCHOOL OF MIDWIFERY OF CAEN
PROMOTION 2019-2023