



HAL
open science

**La rotation manuelle des variétés postérieures, une
hétérogénéité des pratiques professionnelles : état des
lieux réalisé auprès des sages-femmes de la Maternité du
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy
entre le 6 novembre 2014 et 4 janvier 2015**

Jeanne Montpied

► **To cite this version:**

Jeanne Montpied. La rotation manuelle des variétés postérieures, une hétérogénéité des pratiques professionnelles : état des lieux réalisé auprès des sages-femmes de la Maternité du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy entre le 6 novembre 2014 et 4 janvier 2015. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-01834969

HAL Id: hal-01834969

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01834969v1>

Submitted on 11 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*La rotation manuelle des variétés postérieures, une
hétérogénéité des pratiques professionnelles :*

État des lieux réalisé auprès des sages-femmes
de la Maternité du Centre Hospitalier Régional
et Universitaire de Nancy entre le 6 novembre
2014 et 4 janvier 2015

Mémoire présenté et soutenu par

MONTPIED Jeanne

Directrice de mémoire : LEMOINE Hélène

sage-femme enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*La rotation manuelle des variétés postérieures, une
hétérogénéité des pratiques professionnelles :*

État des lieux réalisé auprès des sages-femmes
de la Maternité du Centre Hospitalier Régional
et Universitaire de Nancy entre le 6 novembre
2014 et 4 janvier 2015

Mémoire présenté et soutenu par

MONTPIED Jeanne

Directrice de mémoire : LEMOINE Hélène

sage-femme enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement :

Madame Hélène LEMOINE, sage-femme enseignante, pour avoir accepté la direction de mon mémoire, pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Madame Camille DUMORTIER, sage-femme experte de ce mémoire, pour son soutien, ses encouragements et son implication.

Toutes les sages-femmes travaillant en salle de naissances à la Maternité de Nancy qui ont accepté de participer à mon étude.

Ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de ce travail de recherche, et au cours de ces cinq années d'étude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	5
1. PARTIE 1 : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	9
1.1. MATÉRIEL.....	10
1.2. MÉTHODE.....	11
2. PARTIE 2 : RÉSULTATS.....	14
2.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	15
2.2. PRATIQUE DE LA ROTATION MANUELLE.....	15
2.3. MÉTHODES DE ROTATION AUTRES QUE LA ROTATION MANUELLE.....	19
2.4. FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA PRISE EN CHARGE.....	22
3. PARTIE 3 : DISCUSSION.....	26
3.1. POINTS FORTS, LIMITES ET DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE.....	27
3.2. ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	29
3.3. IMPLICATION ET PERSPECTIVES.....	37
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
TABLE DES MATIERES.....	44
ANNEXES.....	45

ABREVIATIONS

APD :	Analgésie péridurale
ARCF :	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
CHRU :	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CU :	Contraction Utérine
DL :	Décubitus Latéral
DLG :	Décubitus Latéral Asymétrique
DU :	Diplôme Universitaire
EVADELA :	EVALuation du DEcubitus Latéral Asymétrique pour la rotation des variétés postérieures
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OP :	Occipito-Pubien
OS :	Occipito-Sacrée
SOGC :	Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada
TV :	Toucher Vaginal

INTRODUCTION

Lors du travail, la fréquence des présentations céphaliques de variété postérieure est d'environ 20 %. La grande majorité des variétés postérieures tournent en avant pour se dégager en Occipito-Pubien (OP). Environ 5 % d'entre elles (1 à 8 % selon les différentes séries publiées) persisteront pour se dégager en Occipito-Sacré (OS) à l'accouchement [1 – 5].

La persistance de ces variétés postérieures jusqu'à l'accouchement s'accompagne d'une augmentation de la morbidité materno-fœtale : bosses séro-sanguines, œdème du col utérin empêchant sa dilatation, travail long, dystocies dynamiques et mécaniques, recours plus fréquent à l'Analgésie PériDurale (APD), aux ocytocines, à l'épisiotomie, aux extractions instrumentales et à la césarienne, plus d'infections materno-fœtales et plus de lésions périnéales sévères, et ce aussi bien chez les primipares que chez les multipares [1, 2, 6 - 8].

Afin de limiter les conséquences obstétricales, un diagnostic certain et fiable de la présentation fœtale doit être posé, permettant à la sage-femme de proposer des actions ayant pour but la rotation de cette présentation en antérieure. La précocité du diagnostic serait liée à un taux plus important de rotation spontanée en OP [9]. Il paraît donc essentiel de rechercher et de diagnostiquer une variété postérieure le plus tôt possible pendant le travail.

L'examen clinique par le Toucher Vaginal (TV) permet de déterminer l'orientation de la présentation par la recherche des sutures et des fontanelles. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande la vérification par échographie s'il y a un doute clinique sur la variété de présentation [10].

Dans la majorité des cas, les fœtus tournent par eux-même en avant pour se dégager en OP. Seulement, la rotation s'effectue plus volontiers en fin de travail et souvent à dilatation complète, voire sur le périnée pour les multipares [1]. Cela explique l'attitude expectative de certains professionnels.

Le renforcement des contractions utérines par l'amniotomie et par l'utilisation du Syntocinon® permet de corriger les éventuelles anomalies de dystocies dynamiques et mécaniques. Elles favoriseraient l'accommodation fœto-pelvienne et donc la rotation [11].

Certaines sages-femmes utilisent l'acupuncture en salle de naissance. Elle aiderait à assouplir le col utérin, harmoniser les contractions et faire tourner le fœtus [12]. Cependant, l'efficacité de l'acupuncture pour obtenir une rotation antérieure n'a jamais été étudiée [13].

La mobilisation des femmes par la déambulation et l'utilisation du ballon est encouragée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [14] et semblent des pratiques courantes en salle de naissances, sans que toutefois cela n'ait été démontré. Par ailleurs, des techniques de postures maternelles ont été décrites dans plusieurs ouvrages d'obstétrique pour aider la rotation céphalique en antérieure [15, 16, 17, 18, 19]. On retrouve la posture « accroupie penchée en avant », des variantes du quatre pattes et du décubitus latéral dont principalement le décubitus latéral asymétrique de De Gasquet© (annexe 1) [19]. La revue de Ridley souligne un avantage du décubitus latéral du même côté que le dos fœtal [20]. Mais à ce jour, aucune étude n'a pu démontrer l'efficacité des postures maternelles pour la rotation des variétés postérieures pendant le travail [11, 21, 22, 23, 24]. Le CNGOF recommande toutefois le décubitus latéral du même côté que le dos foetal [25].

Enfin, la rotation manuelle est une technique simple et efficace qui peut être pratiquée à partir de 7 cm de dilatation [2, 26]. Elle permettrait de faciliter le déroulement du second stade du travail, de diminuer les complications liées à l'accouchement en OS aussi bien chez les multipares que chez les primipares [3, 27, 28]. La technique de la rotation manuelle est relativement facile et reproductible, son taux de succès est d'environ 90 % [3].

Deux techniques sont retrouvées dans la littérature : la technique de Tarnier&Chantreuil, décrite depuis 1875 [29], utilise deux doigts sur la tête fœtale qui prennent appui derrière l'oreille fœtale ; une autre technique utilisant la main entière est décrite par la Société des Gynécologues Obstétriciens du Canada [30].

Comme toute intervention, la rotation manuelle comporte des risques. Le risque de lésions cervico-vaginales serait multiplié par 2 par rapport à l'expectative soit 2 à 3 % selon les études [31]. Le risque d'apparition ou d'aggravation d'Anomalie(s) du Rythme Cardiaque

Fœtal (ARCF) représente 10 à 20 % [26]. Le risque de procidence du cordon est très rare et peut-être exclu si les conditions de la technique sont respectées [3, 31].

Actuellement, une stagnation de la dilatation, un défaut d'engagement de la présentation et la présence d'ARCF constituent de bonnes indications de rotation manuelle afin de raccourcir la durée du travail [2, 3]. Mais, elle peut être pratiquée de façon systématique comme le recommande le CNGOF en 2008 pour limiter les extractions instrumentales [10]. Cependant, il est possible qu'avec une telle stratégie, certaines rotations soient réalisées « en excès » pouvant ainsi être source de complications maternelles et fœtales potentiellement évitables [3].

En bref, l'ensemble des études s'accordent à dire que la rotation manuelle est une technique peu coûteuse qui montre pleinement de son efficacité si elle est pratiquée de manière rigoureuse. Mais le manque de données avec un niveau de preuve satisfaisant ne permet pas de la recommander de façon systématique pour des variétés postérieures.

L'eutocie de l'accouchement par des actions appropriées fait partie intégrante du rôle propre de la sage-femme [32, 33], ce qui comprend alors son autonomie dans les actes de la prise en charge des variétés postérieures. En effet, la sage-femme est en première ligne pour les diagnostiquer et toutes les pratiques décrites précédemment font partie des actions qu'elle peut mettre en place.

La prise en charge active des variétés postérieures en salle de naissances par la mobilisation posturale des femmes a été initiée par le Dr Bernadette De Gasquet dans les années 1990. C'est plus récemment, et suite aux dernières publications du Dr Camille Le Ray ([2, 3, 26, 27]), que la rotation manuelle est une pratique qui semble de plus en plus répandue en salle de naissances. Plusieurs auteurs sont d'ailleurs favorables et insistent sur l'utilisation de la rotation manuelle en salle de naissances par les sages-femmes [34, 35]. Pourtant, d'après un mémoire d'une étudiante sage-femme de 2011 [12], il semblerait que les sages-femmes utilisent principalement les positions de De Gasquet© mais seraient limitées dans leurs pratiques par leur formation tardive à la liberté posturale et à la rotation manuelle, leurs conditions d'exercice et leur faible initiation à l'acupuncture obstétricale. La rotation manuelle ne semble pas être pratiquée par toutes les sages-femmes. Et parmi celles qui la pratiquent, la rotation manuelle est seulement tentée « parfois » pour la plupart. Une des raisons évoquées serait que la rotation manuelle impose une certaine expérience du clinicien et une bonne

connaissance de la mécanique obstétricale. La technique utilisée de la rotation manuelle par les professionnels n'est cependant pas détaillée dans cette étude.

Au regard de la littérature, la prise en charge des variétés postérieures dont l'utilisation de la rotation manuelle, ne semble pas avoir fait lieu d'un consensus à ce jour. Le CNGOF, dans ses recommandations pour la pratique clinique de 2008, dit néanmoins que « la rotation manuelle [...] pourrait réduire le nombre d'extractions [instrumentales] » [10]. C'est, toutefois, dans les Maternités de type III qui sont des lieux de formation universitaire que s'initie et se développe les nouvelles pratiques obstétricales. Leurs prises en charge et protocoles évoluent en se basant sur les données récentes de la littérature scientifique et des sociétés savantes dont les recommandations du CNGOF, référent national en obstétrique.

Ainsi, la pratique de la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures semblerait être un sujet d'actualité dans les salles de naissances françaises, et notamment, dans les grands centres. D'ailleurs, une étude est en cours au sein de la Maternité du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Nancy menée par une étudiante en médecine depuis 2 ans. Cette étude a pour but de déterminer les facteurs prédictifs de réussite de la rotation manuelle et de vérifier l'intérêt bénéfique de la rotation manuelle sur la voie et le mode d'accouchement (césarienne, extractions instrumentales). C'est dans cette continuité et en considérant la sage-femme au cœur de ce sujet qu'il a paru intéressant de connaître les pratiques actuelles des sages-femmes autour de ce geste.

Ainsi, la problématique était de savoir ce qu'il en est, aujourd'hui, des pratiques concernant la rotation manuelle des variétés postérieures par les sages-femmes de salle de naissances. Nous avons émis l'hypothèse que les pratiques des sages-femmes étaient hétérogènes concernant la rotation manuelle des variétés postérieures diagnostiquées au cours du travail.

Notre objectif principal était de connaître les pratiques professionnelles actuelles des sages-femmes autour de la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures. Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les autres méthodes de rotation utilisées par les sages-femmes dans la prise en charge des variétés postérieures et de retrouver des éléments permettant d'expliquer ces choix.

PARTIE 1 : MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1.1. Matériel

1.1.1. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, qualitative, observationnelle, prospective et monocentrique basée sur des entretiens réalisés auprès de sages-femmes exerçant en salle de naissances à la Maternité du CHRU de Nancy sur une période allant du 6 novembre 2014 au 4 janvier 2015. Cette étude faisait état des lieux des pratiques professionnelles.

Le choix d'une étude à visée qualitative nous apportait un réservoir d'opinions, d'expériences et d'avis individualisés sur le sujet étudié dans le but d'analyser une logique sous-tendant les pratiques des sages-femmes. Cela permettait donc de comprendre le choix des sages-femmes dans leur prise en charge des variétés postérieures.

Ainsi, le recueil de données a été effectué de manière prospective par entretiens individuels, en lien avec la nature qualitative de l'étude, afin d'obtenir des données actuelles.

L'étude a été réalisée dans une Maternité de type III en raison d'une activité importante (3449 naissances en 2013) et de son caractère universitaire supposant l'application des dernières recommandations obstétricales dont celle de la rotation manuelle. Par ailleurs, la proximité du lieu d'étude permettait de faciliter le recueil des données. Nous nous sommes intéressés à un seul établissement, le nombre de sages-femmes permettant d'obtenir une diversité de profils suffisamment intéressants.

1.1.2. Population et échantillonnage

Toutes les sages-femmes exerçant à la Maternité du CHRU de Nancy et travaillant en salle de naissances, soit exclusivement soit en alternance avec d'autres services, ont été incluses à l'étude. Les sages-femmes qui étaient absentes à plusieurs reprises sur la période donnée du recueil malgré la relance et le passage régulier dans les services ont été exclues de l'étude.

1.2. Méthode

1.2.1. Le recueil des données

La méthode de recueil était basée sur des entretiens semi-directifs auprès des professionnels. L'entretien individuel permettait de connaître les pratiques des sages-femmes et à la fois leurs représentations et opinions individuelles. L'avantage de cet échange direct était aussi de pouvoir développer certaines idées, aidant à la compréhension des origines et raisons de ces pratiques mais aussi de relancer l'interviewé sur les thèmes qu'il n'évoquait pas spontanément.

L'entretien avait par ailleurs l'avantage de pouvoir formaliser et systématiser la collecte des données afin de constituer un recueil plus homogène.

L'entretien individuel se basait sur un guide d'entretien qui listait les questions en rapport avec les objectifs de l'étude selon un système organisé de thèmes. Ce guide permettait de définir un fil conducteur dans l'échange avec le professionnel. Au cours du dialogue, les sages-femmes n'avaient pas connaissance de ce guide de manière à ne pas influencer leurs réponses.

De manière à reconstituer fidèlement les entretiens, les réponses des professionnels étaient reportées, sous la forme de notes, directement pendant le dialogue. Dans un second temps, ces notes étaient complétées par une deuxième retranscription effectuée immédiatement après la fin de chaque entretien.

Des stratégies d'écoute et d'intervention ont été mises en place : les relances servant à solliciter l'interviewé sur les aspects du thème qu'il avait traité d'une manière trop rapide ou superficielle, et les reformulations montrant l'écoute de l'intéressé afin d'aider les sages-femmes à exprimer ce qu'elles pensaient, leur opinion et avis plus personnels à propos du sujet.

Préalablement, les entretiens avaient été testés auprès de 4 sages-femmes travaillant en salle de naissances à la Maternité du CHRU de Caen entre le 4 et le 12 septembre 2014. La structure étant de type III, ce recueil de données était comparable à celui attendu auprès des sages-femmes nancéiennes. Par ailleurs, ces entretiens avaient été menés dans les mêmes

conditions que celles prévues à la Maternité du CHRU de Nancy avec un temps de discussion supplémentaire en fin d'entretien dans le but d'échanger sur la compréhension des questions et de leur intérêt par rapport aux objectifs de l'étude.

Cette phase test avait permis une analyse critique d'une première version du guide en dégagant les questions non comprises ou comprises différemment du sens recherché. Des corrections avaient été apportées sur la formulation, la structure du guide en lui-même mais aussi des questions, cela en tenant compte des remarques faites par les sages-femmes de Caen. Certaines questions jugées finalement comme ayant peu d'intérêt ont été supprimées, et d'autres ajoutées après proposition des sages-femmes. Enfin, et après ces corrections, le guide définitif a pu être validé (annexe II).

L'étude se déroulait directement dans les services de la Maternité du CHRU de Nancy auprès des sages-femmes concernées, en tenant compte de leur disponibilité et de la charge de travail afin de mener les entretiens dans de bonnes conditions et les plus personnels possible.

Une liste des 27 sages-femmes incluses à l'étude avait été effectuée afin de suivre l'avancée du recueil de données.

Les entretiens duraient en moyenne entre 10 et 15 minutes.

1.2.2. Variables recueillies

L'entretien se déroulait autour de 5 grands thèmes, classant les variables recueillies (détaillées en annexe III) :

- le diagnostic des variétés postérieures
- la prise en charge globale d'une variété postérieure
- la pratique de la rotation manuelle
- les facteurs pouvant influencer la prise en charge
- l'intérêt, l'opinion et l'avis des professionnels sur le sujet

La dernière question était une question ouverte plus générale et très personnelle sur leurs commentaires, expériences, avis et intérêt global dans la prise en charge des variétés postérieures ainsi que sur les différentes méthodes de rotation disponibles dont la rotation manuelle.

1.2.3. Aspect médico-légaux et réglementaires

La sage-femme cadre du service de salle de naissances avait été sollicitée, dans un premier temps, à but informatif concernant le sujet de mon étude, et, pour connaître le nombre de sages-femmes travaillant en salle de naissances. Son autorisation pour interroger les sages-femmes sur leur lieu de travail avait secondairement été demandée avant de débiter le recueil des données.

Avant chaque entretien, les objectifs de l'entretien et l'information du respect de l'anonymat étaient clairement énoncés. L'anonymat des réponses avait été conservé dans la retranscription des données par l'attribution d'un numéro à chaque entretien allant de 1 à 25.

La participation des sages-femmes était basée sur le volontariat et toutes les sages-femmes sollicitées avaient exprimé leur accord pour participer.

1.2.4. Traitement des données et analyse

Le logiciel « Libreoffice Calc » a été utilisé pour la saisie des données et une partie de l'analyse statistique. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, classées en catégories et sous-catégories. Cette étude qualitative s'appuyait sur de faibles effectifs, ce qui ne me permettra pas de conclure en terme statistique. Toutefois, c'est dans l'intérêt d'apporter des éléments de compréhension se rapportant aux pratiques des sages-femmes que nous avons cherché à mettre en relation certaines données qualitatives afin de pouvoir aborder des tendances et expliquer ces choix.

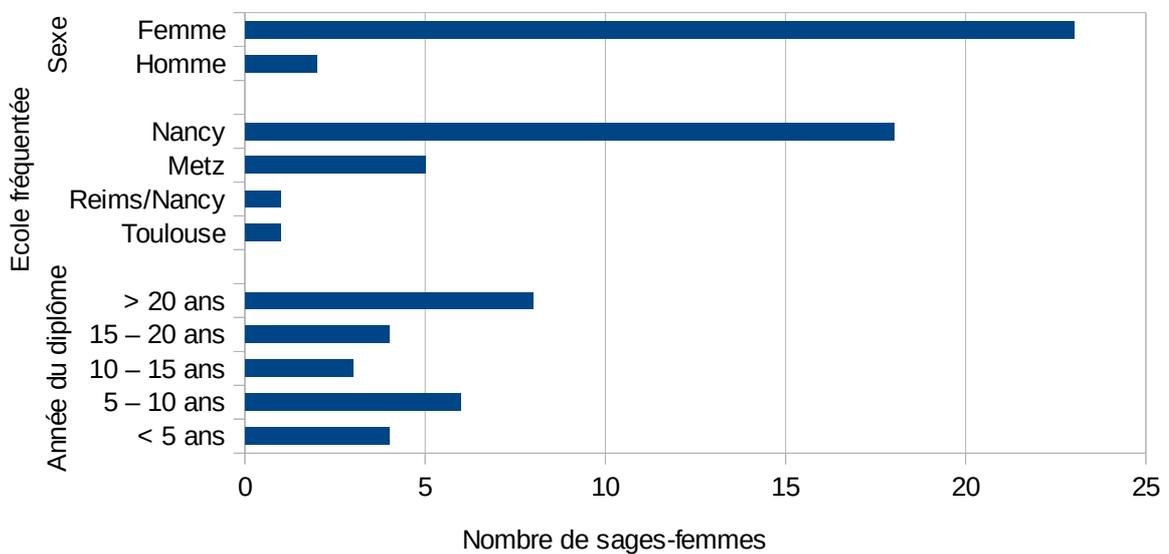
PARTIE 2 : RÉSULTATS

2. RÉSULTATS

27 sages-femmes correspondaient aux critères d'inclusions et 2 aux critères de non-inclusion. Au total, l'effectif était composé de 25 sages-femmes.

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Diagramme 1 : Caractéristiques de la population en fonction du sexe, de l'école fréquentée et de l'année d'obtention du diplôme



2.2. Pratique de la rotation manuelle

Toutes les sages-femmes connaissaient la rotation manuelle mais 1 seule ne l'évoquait pas lors des cas cliniques car, selon ses dires, « cette manœuvre [semblait] délétère pour le fœtus ». Parmi les 24 sages-femmes qui proposaient la rotation manuelle, 22 l'avaient déjà pratiquée (88%) et 2 ne l'avaient jamais pratiquée (8%) soit 3 sages-femmes (12%) sur les 25.

2.2.1. Fréquence d'utilisation et fréquence d'appel du médecin

Afin d'éviter les redondances entre réponses, les raisons de ces fréquences ont été classées en 2 catégories : une catégorie de raisons influençant positivement la pratique de la

rotation manuelle par les sages-femmes elles-mêmes et une catégorie de raisons influençant la pratique de la rotation manuelle par un tiers.

Le terme « médecin » englobait le médecin de garde et l'interne de garde.

Tableau 1 : Utilisation de la rotation manuelle par les sages-femmes ou par un tiers

Fréquence d'utilisation de la rotation manuelle, fréquence d'appel d'un tiers et raisons exprimées par les sages-femmes influençant cette pratique (n=25)	Effectif, n(%)
<i>Fréquence d'utilisation de la rotation manuelle par les sages-femmes elles-mêmes</i>	
« Toujours »	6 (24)
« Souvent »	3 (12)
« Parfois »	1 (4)
« Très rarement »	12 (48)
« Jamais »	3 (12)
<i>Fréquence d'appel d'un tiers pour réaliser la rotation manuelle</i>	
« Toujours »	4 (16)
« Souvent »	12 (48)
« Parfois »	7 (28)
« Très rarement »	1 (4)
« Jamais »	1 (4)
<i>Quelques raisons exprimées influençant positivement l'utilisation de la rotation manuelle par les sages-femmes</i>	
Bonne efficacité de la manœuvre, technique plus efficace que les postures	4 (18)
Utilisation en cas de diagnostic tardif (partie moyenne ou basse) et/ou au cas par cas (travail brillant, multiparité)	4 (18)
Seulement pour tenter, « essayer soi-même avant tout »	3 (14)
Réel intérêt pour le travail et le dégagement, « ils sortent toujours mieux en OP »	2 (9)
<i>Quelques raisons exprimées influençant l'utilisation de la rotation manuelle par un tiers</i>	
Difficulté de la manœuvre en raison de la force à exercer et efficacité moyenne	4 (18)
Appel à la demande des médecins, par « obligation » de tenter la rotation manuelle systématiquement pour chaque variété postérieure	4 (16)
Formation à la technique insuffisante	3 (14)
Appréhension du geste invasif pour la mère et le fœtus, préfère laisser la main au médecin avoir d'avoir des tentatives moins nombreuses et d'une meilleure qualité	3 (14)

n = effectif, % = pourcentage

2.2.2. Nombre de tentatives par la sage-femme

Parmi les 22 professionnels qui avaient déjà pratiqué la rotation manuelle, 6 sages-femmes avaient répondu la tenter 2 fois avant de passer la main au médecin en l'absence d'anomalie, 7 sages-femmes réalisaient une tentative par elle-même, 2 avaient répondu la tenter exceptionnellement (en fonction de la présence ou non du médecin et des conditions de la garde), et enfin, 7 sages-femmes faisaient appel au médecin dès la première tentative.

2.2.3. Technique(s) utilisée(s)

Parmi les 22 sages-femmes ayant déjà pratiqué la rotation manuelle, 8 sages-femmes (36 % d'entre-elles), connaissaient et utilisaient au moins une des techniques de la littérature : 4 sages-femmes utilisaient la technique de Tarnier&Chantreuil (18 %), 2 sages-femmes la technique de la main entière (9 %) et 2 sages-femmes utilisaient ces 2 techniques (9 %).

Les 14 sages-femmes restantes (soit 64%) n'avaient pas connaissance du nom de ces techniques. Elles employaient une technique qui leur était propre, les éléments de description apportés ne permettant pas de les identifier comme l'une des deux techniques décrites. Nous avons sélectionné quelques descriptions exprimées par ces sages-femmes :

- une main est positionnée et prend appui avec 4 doigts sur l'os pariétal en avant de l'oreille
- 3 doigts sont positionnés et prennent appui sur la joue du fœtus
- 2 ou 3 doigts sont positionnés et prennent appui sur l'avant de l'oreille fœtale
- 2 doigts sont positionnés et prennent appui sur la suture sagittale de la tête

2.2.4. Les conditions de réalisation

La tentative de rotation manuelle (réalisée par le médecin ou la sage-femme) était proposée :

- systématiquement dès le diagnostic, à partir de 7 cm de dilatation (4 sages-femmes)
- systématiquement à dilatation complète (9 sages-femmes)
- systématiquement à l'engagement du fœtus (5 sages-femmes)
- au cas par cas, en présence d'anomalie(s) ou facteur(s) de risque associé(s) (6 sages-femmes) dont 4 à partir de dilatation complète et 1 à partir de 7 cm

Par ailleurs, 15 sages-femmes utilisaient la rotation manuelle uniquement chez des patientes ayant une APD efficace contre 7 sages-femmes qui l'utilisaient dans ces 2 situations.

Tableau 2 : Conditions de réalisation de la rotation manuelle par les sages-femmes

Conditions de réalisation de la rotation manuelle par les sages-femmes l'ayant déjà pratiquée (n=22)	Effectif, n (%)
Repérage systématique des oreilles fœtales	
Oui	11 (50)
Non	11 (50)
Changement de main en fonction de l'orientation de la variété	
Oui	5 (23)
Non	17 (77)
Rotation manuelle pratiquée sur une Contraction Utérine (CU) avec efforts expulsifs maternels	
Oui	16 (73)
Non :	6 (27)
En dehors d'une CU et sans efforts expulsifs, dont « [remonte] la tête fœtale pour plus de facilité »	3 (14) 1 (4)
Sur des efforts expulsifs mais pas systématiquement sur une CU	2 (9)
Sur une CU mais sans efforts expulsifs	1 (4)

% = pourcentage, n = effectif

2.2.5. Réponses à la question ouverte

En réponse à la dernière question ouverte de l'entretien, 8 sages-femmes retrouvaient une bonne efficacité de la rotation manuelle. Par ailleurs, 2 sages-femmes étaient favorables à sa systématisation et 12 sages-femmes exprimaient trouver la pratique de la rotation manuelle trop systématique. Parmi ce second groupe, nous avons retrouvé les affirmations suivantes :

- 5 sages-femmes déclaraient se poser la question d'éventuels préjudices de la rotation manuelle chez le fœtus

- 2 sages-femmes trouvaient la technique « trop invasive » et préféraient privilégier les autres techniques de rotation (postures, acupuncture et ocytocines) plutôt que la rotation manuelle

Par ailleurs, 4 sages-femmes considéraient que la rotation manuelle se faisait trop tôt dans le travail (avant la dilatation complète et/ou avant l'engagement). 1 de ces sages-femmes

exprimait : « c'est scabreux de la pratiquer avant l'engagement car il existe un risque de procidence et cette pratique augmente la fréquence des ARCF. Il semblerait qu'on soit moins délétère sur l'enfant quand la rotation manuelle a lieu après l'engagement ».

Enfin, 1 sage-femme exposait : « il faut trouver un juste milieu entre systématiser la pratique de la rotation manuelle et ne rien faire. Cependant, l'apprentissage se fait par la systématisation et ici, nous sommes dans une maternité universitaire où l'on apprend les techniques obstétricales et donc, celle de la rotation manuelle aux internes »

2.3. Méthodes de rotation autres que la rotation manuelle

De façon générale, 17 sages-femmes sur les 25 interrogées considéraient être plus interventionniste dans la prise en charge globale des variétés postérieures en présence d'anomalie(s) associée(s) (68 %), contre 8 sages-femmes qui ne l'étaient pas (32%).

2.3.1. Pratiques des sages-femmes lors des cas cliniques

Les réponses apportées au cas clinique n°1 (suspicion d'une variété postérieure dans le cas d'un travail long et sans autre anomalie associée) ont été rapportées en annexe IV (tableau 4).

Diagramme 2 : Pratiques des sages-femmes pour une variété postérieure chez une femme sous APD dont la dilatation est inférieure à 7 cm avec un fœtus non engagé

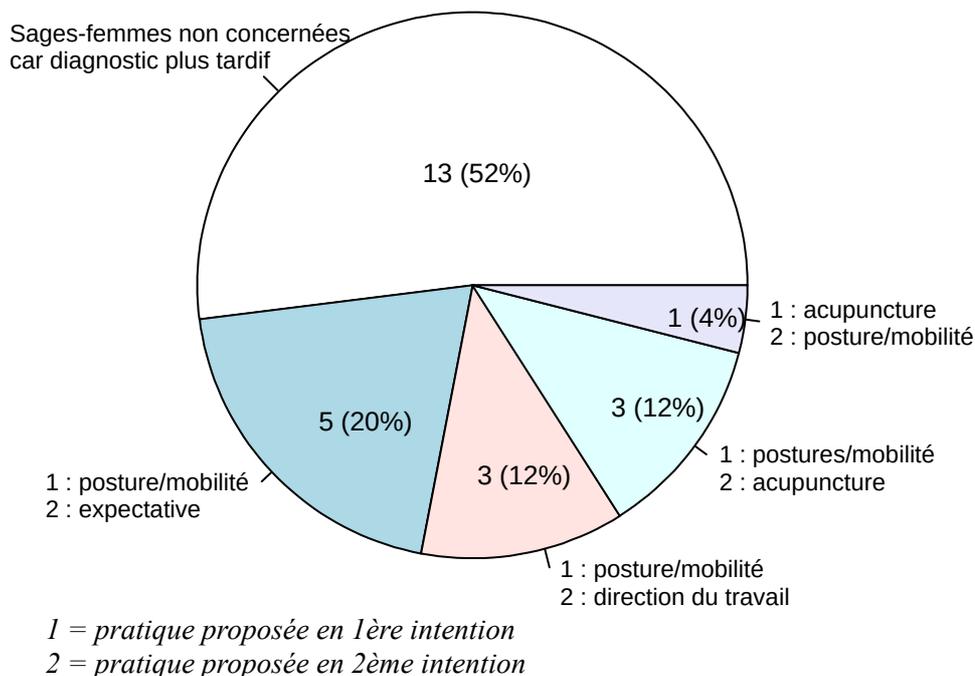
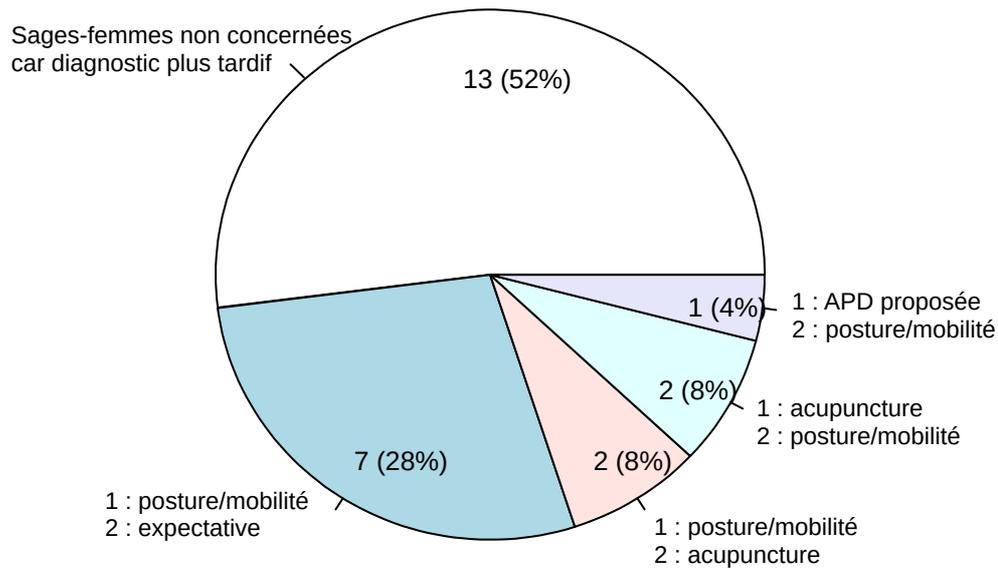
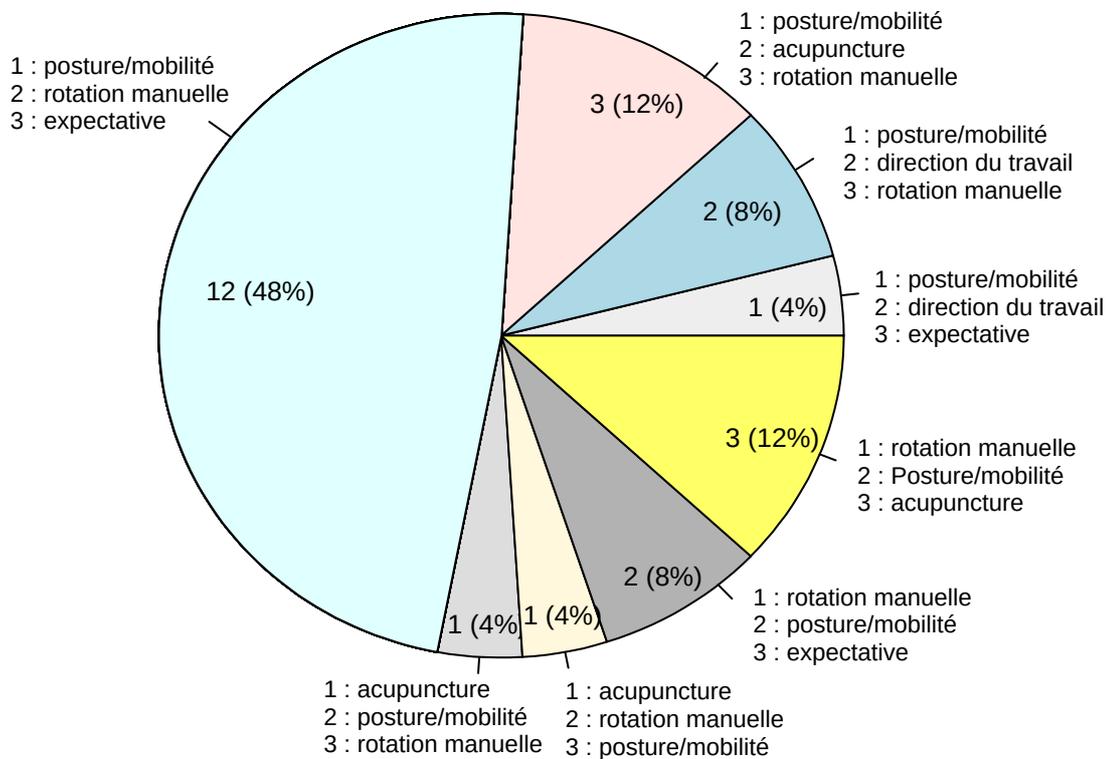


Diagramme 4 : Pratiques des sages-femmes pour une variété postérieure chez une femme sans APD, dont la dilatation est inférieure à 7 cm avec un fœtus non engagé



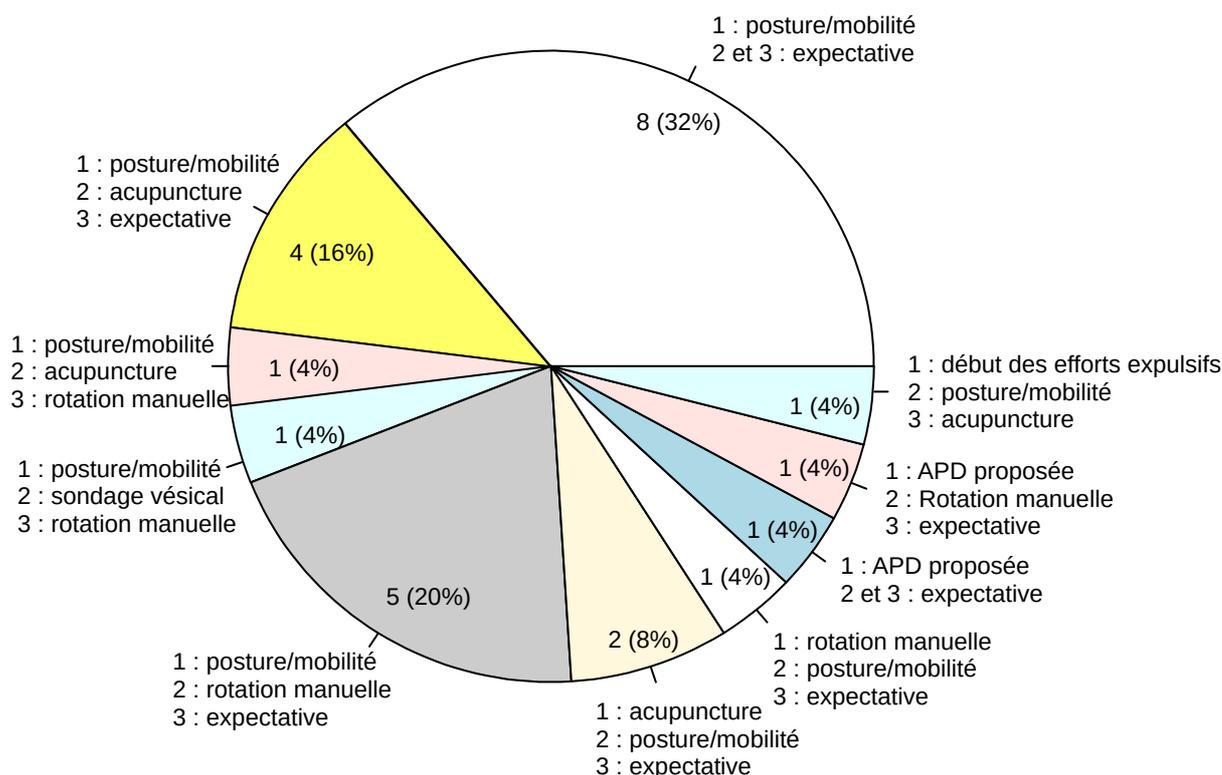
1 = pratique proposée en 1ère intention
2 = pratique proposée en 2ème intention

Diagramme 3 : Pratiques des sages-femmes pour une variété postérieure chez une femme sous APD, dont la dilatation est supérieure à 7 cm avec un fœtus engagé ou en cours d'engagement



1 = pratique proposée en 1ère intention
2 = pratique proposée en 2ème intention
3 = pratique proposée en 3ème intention

Diagramme 5 : Pratiques des sages-femmes pour une variété postérieure chez une femme sans APD, dont la dilatation est supérieure à 7 cm avec un fœtus engagé ou en cours d'engagement



1 = pratique proposée en 1ère intention
2 = pratique proposée en 2ème intention
3 = pratique proposée en 3ème intention

Sur les 25 professionnels, 9 sages-femmes proposaient l'acupuncture au moins une fois lors des cas cliniques (36%) (dont 4 qui avaient un DU d'acupuncture) et 4 sages-femmes proposaient la direction du travail par ocytocines en cas de « dynamique utérine moyenne ».

Toutes les sages-femmes proposaient une ou plusieurs postures. La posture proposée par 22 sages-femmes était le Décubitus Latéral (DL) asymétrique : 11 utilisaient le DL Gauche (DLG) asymétrique, 7 utilisaient le DL asymétrique du côté opposé au dos fœtal et 4 utilisaient le DL asymétrique du même côté que le dos fœtal. Par ailleurs, 16 sages-femmes proposaient le quatre-pattes aux patientes (1ère et 2ème intention confondues) dont 8 précisaient sa difficulté de réalisation notamment pour les femmes sous APD et 1 exprimait l'utiliser seulement « en dernier recours avant une césarienne ». D'autre part, 4 sages-femmes utilisaient la posture assise avec le buste vers l'avant et 1 sage-femme proposait le DLG « classique ». Les postures de 1ère intention proposées lors des cas cliniques ont été détaillées dans le tableau n°5 (annexe V).

En réponse à la dernière question ouverte, 10 sages-femmes exprimaient retrouver une bonne efficacité des techniques posturales de façon globale, 2 une efficacité moyenne et 3 sages-femmes exprimaient ces techniques peu efficaces dont 1 particulièrement pour les primipares et 1 qui décrivait peu de bons résultats avec le quatre-pattes. Parmi les sages-femmes qui avaient un avis positif sur les techniques posturales, le quatre-pattes semblait plus efficace que le DL asymétrique pour 2 d'entre-elles, 1 sage-femme affirmait une efficacité particulière du DL asymétrique pour les femmes sous APD et 3 sages-femmes retrouvaient une efficacité des postures asymétriques de façon générale dans leurs expériences professionnelles respectives.

2.3.2. Fréquence d'appel du médecin

Tableau 3 : Appel du médecin par les sages-femmes dans les cas de variétés postérieures

Fréquence d'appel du médecin par les sages-femmes dans les cas de variétés postérieures	Effectif, n (%)
« <i>Toujours</i> »	7 (28)
« <i>Souvent</i> »	11 (44)
« <i>Parfois</i> »	5 (20)
« <i>Très rarement</i> »	2 (8)
« <i>Jamais</i> »	0 (0)

n = effectif, % = pourcentage

2.4. Facteurs pouvant influencer la prise en charge

2.4.1. Impact de l'étude en cours à la Maternité de Nancy concernant les facteurs prédictifs de la rotation manuelle

2 sages-femmes ne se sentaient pas impliquées par l'étude menée en parallèle à la Maternité du CHRU de Nancy car leur arrivée en salle de naissances était récente (moins de 3 mois). Sur les 23 autres sages-femmes, 13 exprimaient avoir modifié leurs pratiques dans cette prise en charge depuis cette étude (56 %), 8 sages-femmes exprimaient ne pas avoir changé leurs pratiques (35 %) et 2 ne savaient pas (9 %). Parmi les 13 sages-femmes, 4 appelaient le médecin plus fréquemment, la rotation manuelle était pratiquée plus souvent et plus précocement (avant l'engagement) pour 4 d'entre-elles voire systématique pour 2 sages-femmes, 2 insistaient plus sur les postures et 3 avaient recours plus souvent aux ocytocines.

D'autre part, 21 sages-femmes exprimaient avoir reçu des consignes pour cette prise en charge dont 10 précisant les avoir reçu indirectement, via le « staff » et 1 ressentait une « pression » des médecins. En cas de variété postérieure, les consignes évoquées étaient les suivantes : tenter systématiquement la rotation manuelle (6 sages-femmes) ou appeler le médecin à dilatation complète pour la tenter (7 sages-femmes) et ; rechercher plus précocement le diagnostic et être plus actif pour essayer de faire tourner les fœtus (6 sages-femmes).

De façon générale, la prise en charge à la Maternité de Nancy était ressentie « trop interventionniste » pour 11 des 25 sages-femmes.

2.4.2. Le diagnostic des variétés postérieures

Tableau 4 : Caractéristiques du diagnostic de la variété de présentation par les sages-femmes.

Caractéristiques du diagnostic de variété postérieure lors du travail	Effectif, n (%)
<i>Diagnostic réalisé en fonction de la dilatation du col uniquement</i>	18 (72)
Phase lente : avant 6 cm de dilatation	8 (32)
Phase active : à partir de 6 cm de dilatation et avant dilatation complète	9 (36)
À dilatation complète	1 (4)
<i>Diagnostic réalisé en fonction de la hauteur de la présentation fœtale uniquement</i>	3 (12)
À l'engagement	3 (12)
<i>Diagnostic réalisé en fonction de la dilatation et de la hauteur de la présentation</i>	4 (16)
À dilatation complète avec engagement du fœtus	3 (12)
À partir de 7,5 cm de dilatation avec engagement du fœtus	1 (4)
<i>Fréquence d'utilisation de l'échographe par les sages-femmes en cas de doute sur le diagnostic et principales raisons évoquées par rapport à la fréquence répondue</i>	
Pour les fréquences « toujours » et « souvent » :	7 (28)
- Au cas par cas : en fonction de la qualité et de l'avancée du travail et si il y a une(des) anomalie(s) associée(s)	4 (16)
- Technique facile, malgré l'absence de formation	2 (8)
Pour les fréquences « parfois », « très rarement » et « jamais » :	18 (72)
- Fait appel au médecin pour l'échographie diagnostique	10 (40)
- Pas de formation, ne sait pas utiliser l'échographe et/ou très peu de pratique	5 (20)
- Sait pratiquer le diagnostic échographique mais laisse la main en priorité au médecin s'il est sur place et disponible	2 (8)
- « À la demande des médecins »	1 (4)

n = effectif, % = pourcentage, cm =centimètre(s)

2.4.3. Formation initiale des sages-femmes

Sur les 25 sages-femmes, 13 avaient été sensibilisées à la prise en charge d'une variété postérieure au cours des études (52%) et 12 exprimaient ne pas avoir été sensibilisées (48%). Parmi les 13 sages-femmes, 2 avaient reçu un apprentissage pratique en stage uniquement, et 11 avaient reçu un apprentissage pratique et théorique. Les cours théoriques reçus étaient axés sur la mécanique physiologique des variétés postérieures et leurs conséquences. La prise en charge retenue était l'expectative et l'épisiotomie systématique. Enfin, les méthodes de rotation apprises pendant les études étaient les variations posturales pour les 13 sages-femmes. Enfin, 4 évoquaient avoir vu se pratiquer la rotation manuelle en stage mais n'avaient pas reçu d'apprentissage à cette méthode.

2.4.4. Formation continue et demande de formation(s)

Sur les 25 professionnels interrogés, 14 disaient ne pas avoir reçu d'apprentissage spécifique sur les méthodes de rotation (56 %) et 11 avaient reçu un apprentissage d'au moins une méthode (44 %) dont 4 qui en avaient bénéficié de deux (16%). Les apprentissages reçus étaient les suivants :

- transmission de la technique de rotation manuelle par des pairs : 5 sages-femmes
- formation de B. De Gasquet sur les positions d'accouchement : 5 sages-femmes
- Diplôme Universitaire (DU) d'acupuncture : 4 sages-femmes
- apprentissage du DL asymétrique et du quatre-pattes par un tiers : 1 sage-femme

- ***La rotation manuelle :***

Les sages-femmes qui avaient reçu un apprentissage de la rotation manuelle par un tiers utilisaient, pour la plupart, une des méthodes décrites dans la littérature et la pratiquaient fréquemment voire systématiquement pour un diagnostic de variété postérieure. Toutes étaient diplômées de moins de 15 ans et, la majorité d'entre-elles évoquaient spontanément une bonne efficacité de la rotation manuelle.

Enfin, 1 sage-femme mettait en avant la nécessité de « former les sages-femmes à la rotation manuelle pour qu'elles puissent assurer par elles-mêmes la globalité du suivi des variétés postérieures, les variétés postérieures n'étant pas une pathologie ». D'ailleurs, 18 sages-femmes sur les 25 étaient demandeuses d'une formation sur la rotation manuelle dont l'enseignement pratique de la technique (72 %).

- ***Les positions d'accouchement de B. De Gasquet :***

D'après les 5 sages-femmes ayant reçu cette formation, cet enseignement apportait le DL asymétrique et la position du quatre-patte pour faire tourner les variétés postérieures. Parmi ces 5 sages-femmes, 1 utilisaient uniquement le quatre-pattes dans sa pratique, 1 le DL asymétrique uniquement, et 3 le DL asymétrique ainsi que le quatre-pattes.

- ***Prise en charge globale des variétés postérieures :***

14 sages-femmes sur les 25 estimaient que la prise en charge des variétés postérieures pouvait être améliorée (56 %), 8 répondaient qu'elle ne pouvait pas être améliorée (32%) et 1 sage-femme était sans avis (4%). 15 sur les 25 sages-femmes étaient demandeuses d'une formation spécifique sur la prise en charge des variétés postérieures en général (60 %) et 10 ne l'étaient pas (40%). 1 sage-femme était demandeuse d'un protocole pour la prise en charge des variétés postérieures.

- ***L'acupuncture :***

6 sages-femmes exprimaient spontanément une bonne efficacité de cette technique sur la rotation en antérieure des variétés postérieures, dont les 4 qui avaient le DU d'acupuncture, et 3 sages-femmes mettaient en avant l'intérêt de généraliser la pratique de l'acupuncture et développer la formation chez les sages-femmes travaillant en salle de naissances.

- ***Connaissance approfondie de la mécanique obstétricale :***

Sur les 25 sages-femmes, 17 répondaient trouver un intérêt positif à connaître de façon plus approfondie la mécanique obstétricale dans cette prise en charge (68%), 7 répondaient ne pas trouver d'intérêt particulier (28%) et 1 était sans avis (4%). En réponse aux questions ouvertes, 1 sage-femme avait exprimé spontanément l'intérêt de connaître l'anatomie complète du bassin dont la mobilisation des articulations sacro-iliaques qui sont très impliquées dans la mécanique obstétricale des variétés postérieures.

Une sage-femme avait bénéficié du DU de Mécanique et Techniques Obstétricales. Ce DU lui avait enseigné essentiellement l'anatomie du bassin dont celles des articulations sacro-iliaques dans le but d'apprendre à « faire de la place dans le bassin » par la mobilisation et les postures. Pour sa part, elle n'a pas retrouvé d'éléments lui permettant d'aider directement à l'induction de la rotation des variétés postérieures en antérieur.

PARTIE 3 : DISCUSSION

3. DISCUSSION

Toutes les sages-femmes recherchaient le diagnostic de variété lors du TV. En cas de doute clinique, seulement 1/4 des sages-femmes avaient recours à l'échographie de façon fréquente. Un manque de pratique lié à la présence du médecin sur place expliquerait cette tendance. Néanmoins, et une fois le diagnostic posé, les méthodes de rotation utilisées par les sages-femmes étaient nombreuses : postures maternelles, mobilité, acupuncture, direction du travail et rotation manuelle. Elles sembleraient toutefois privilégier les méthodes les plus physiologiques. En effet, 1/3 seulement des sages-femmes pratiquaient la rotation manuelle de façon régulière. La présence du médecin en salle de naissances, et la demande implicite de le prévenir en cas de variété postérieure, la difficulté ressentie de la technique, l'appréhension du geste invasif ainsi qu'une impression de manque de formation à cette technique sont des raisons qui conduisaient plus de la moitié des sages-femmes à ne tenter que rarement, voire jamais, la rotation manuelle par elles-mêmes, préférant passer la main au médecin expérimenté. Par ailleurs, 1/3 des sages-femmes connaissaient et utilisaient au moins une des deux techniques de la littérature. Pour les 2/3 restant, la rotation manuelle était réalisée à partir d'une technique propre à chaque professionnel. Les conditions et indications de réalisation de cette pratique étaient également variables entre professionnels (repérage des oreilles, sur une CU avec un effort de poussée, systématique ou au cas par cas). La formation inter-professionnelle, l'utilisation de la technique de Tarnier&Chantreuil ou de la main entière et le ressenti d'une bonne efficacité de cette manœuvre semblerait influencer positivement la pratique de la rotation manuelle par les sages-femmes.

À ce jour, les pratiques des sages-femmes sont donc assez hétérogènes concernant leur pratique de la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures.

3.1. Points forts, limites et difficultés de l'étude

3.1.1. Les points forts

Choix du sujet

La rotation manuelle semble être actuellement de plus en plus utilisée en obstétrique depuis les dernières publications de Dr Le Ray. La bibliographie autour de cette pratique

était, en effet, assez dense et particulièrement récente. Toutefois, nous avons retrouvé une pratique de la rotation manuelle essentiellement décrite par et/ou pour les médecins, très peu d'études se focalisaient sur la place des sages-femmes autour de cette technique. Par ailleurs, l'étude menée à la Maternité du CHRU de Nancy depuis 2 ans par une étudiante en médecine faisait de ce travail une étude complémentaire d'autant plus intéressante qu'elle permettait d'apporter une perspective nouvelle dans cette prise en charge.

L'approche qualitative

Un des points forts de cette étude était l'approche qualitative par entretien, méthode non retrouvée dans la littérature, qui permettait d'aborder le sujet de manière plus approfondie auprès des sages-femmes. Ainsi, chaque scénario a été reconstruit de façon exhaustive pour chacun des professionnels afin d'essayer de comprendre au mieux leur cheminement et leur raisonnement pouvant les amener à ces pratiques.

3.1.2. Les limites de l'étude

Le lieu, la durée et l'effectif de l'étude

Cette étude a été réalisée au niveau local dans un même établissement, soit exclusivement auprès des sages-femmes de la Maternité du CHRU de Nancy, Maternité de type III. L'ensemble de ces éléments constitue des biais à l'étude et ne permet pas une représentativité objective des résultats à plus grande échelle. Par ailleurs, l'étude réalisée en parallèle depuis 2 ans a probablement modifié les pratiques des sages-femmes de la MRUN, rendant alors peu généralisables ces résultats à d'autres maternités du même type. De façon globale, le manque de puissance de cette étude ne permet pas de transposer ces résultats à l'ensemble des sages-femmes françaises, ni même à l'ensemble des sages-femmes travaillant en maternité de type III, mais seulement à la Maternité du CHRU de Nancy.

3.1.3. Les difficultés rencontrées

Le nombre important de questions a été la principale difficulté. En effet, des réponses à différentes questions se recoupaient parfois entre-elles rendant compliqué l'organisation des résultats. Les questions ouvertes ont notamment été plus complexes de part l'importance de la

variabilité des réponses qu'il a fallu tout d'abord interpréter. Du temps supplémentaire a donc été nécessaire afin de présenter au mieux l'ensemble de ces résultats.

Il a été par ailleurs difficile d'adopter une attitude non directive lors des entretiens. Se centrer sur la personne interrogée exigeait une certaine attention dans la maîtrise de ses propres réactions afin de ne pas influencer les réponses. D'autre part, le dialogue avec le professionnel amenait parfois vers de nouveaux questionnements et il a été difficile de garder en vue les objectifs de l'étude au cours de chaque entretien.

Enfin, il était intéressant d'étudier la pratique de la rotation manuelle dans la globalité de prise en charge des variétés postérieures. Cependant, il aurait été peut-être plus avisé de se focaliser sur un seul objectif secondaire au lieu de deux afin d'approfondir l'une de ces deux analyses.

3.2. Analyse et discussion des résultats

3.2.1. Diagnostic et place de l'échographie

La recherche de la variété se faisait, pour une grande majorité des sages-femmes, lors de la phase active du travail, et pour le reste, dès que possible avant 6 cm. La précocité du diagnostic serait liée à un taux plus important de rotations spontanées en OP [9] et s'entraîner à rechercher le plus tôt possible la variété de présentation par le TV permettrait de diminuer le taux d'erreur dans le diagnostic de variété de présentation [2]. Le diagnostic se doit alors d'être fiable et précoce afin de permettre une prise en charge obstétricale adaptée. Il n'y aurait aucun bénéfice à vérifier la présentation de façon systématique au cours du travail [2]. Elle a toutefois son intérêt pour améliorer le diagnostic des variétés postérieures, le risque d'erreur diagnostic au TV étant estimé à 20 % [36]. Le CNGOF recommande une vérification échographique en cas de doute sur la variété et avant toute extraction instrumentale [10].

Dans notre étude, toutes les sages-femmes faisaient le diagnostic de la variété au TV et, parfois, une échographie est pratiquée mais ce n'était pas le cas de toutes. Les freins à cette pratique seraient principalement liés à la présence du médecin et/ou de l'interne sur place (Maternité de type III). Le médecin a en effet des compétences plus spécifiques dans ce domaine et l'interne est en demande de formation, ce qui expliquerait que les sages-femmes préfèrent donc généralement leur laisser la main. Cependant, la formation initiale des sages-femmes inclut une formation de base en échographie afin d'aider au diagnostic de la

présentation et de sa variété en cas de besoin. À la Maternité du CHRU de Nancy, un échographe est d'ailleurs disponible en salle de naissances et peut être utilisé par les sages-femmes. Ce diagnostic est une technique facile qui est d'ailleurs expliquée dans la plupart des livres de référence en obstétrique [1]. 2 sages-femmes affirmaient d'ailleurs la facilité de la technique « malgré un manque de formation ». Il est vrai que certaines sages-femmes ressentent un manque de formation en échographie, mais comme toute technique, c'est en la pratiquant souvent que l'on devient efficace. Et c'est cette pratique régulière qui semble leur manquer. Peut-être pourrait-on expliquer cela au fait que certaines sages-femmes ne se sentent plus suffisamment à l'aise en échographie de part ce manque de pratique, et, qu'elles l'utilisent de moins en moins ? Toutefois, ce n'était pas la majorité des professionnels et d'ailleurs, les plus jeunes semblaient porter plus d'intérêt à cette pratique et être plus à l'aise. La formation initiale des sages-femmes aurait évolué, apportant un apport plus conséquent en échographie aux plus jeunes diplômés.

3.2.2. La rotation manuelle

Intérêt de la rotation manuelle

Plusieurs études et articles récents mettent en avant l'intérêt de la rotation manuelle, technique simple qui permettrait de diminuer les complications maternelles obstétricales des variétés postérieures lors du travail et de l'accouchement [2, 3, 26-28, 31, 34, 38]. En effet, l'étude rétrospective de Schaffer et al. de 2011 [31] comparant l'attitude expectative versus la rotation manuelle, retrouvait que le recours à la rotation manuelle diminuait significativement le risque de césarienne, aussi bien chez les primipares que chez les multipares. Elle diminuait également le risque de durée prolongée du 2ème stade du travail, de déchirure périnéale du 3ème et 4ème degré et d'hémorragie du post-partum.

Une autre étude de type prospective type cas-témoin menée par C. Le Ray en 2013 [27] a été réalisée en France et comparait l'attitude expectative d'un hôpital (groupe de contrôle) avec celle d'un autre hôpital réalisant des rotations manuelles de routine (groupe d'intervention). Il a été retrouvé un taux de variété postérieure plus élevé mais non significatif dans le groupe de contrôle et le taux d'extractions instrumentales y était plus élevé. Par contre, le taux de césarienne à dilatation complète était comparable dans les 2 maternités. L'étude concluait que la rotation manuelle à dilatation complète pouvait permettre de faciliter le déroulement du 2ème stade du travail : durée moins longue et moins d'ARCF.

Ces résultats attendent d'être confirmés par l'essai randomisé Australien (POP-OUT trial : « Persistent Occipito-Posterior Position: OUTcomes following manual rotation ») qui sera de meilleure preuve scientifique. Par ailleurs, les données sont plus controversées pour ce qui est de l'intérêt de la rotation manuelle à diminuer le recours aux extractions instrumentales [3]. C'est d'ailleurs un des objectifs de l'étude actuelle à la Maternité du CHRU de Nancy par l'étudiante en médecine.

Nos résultats ont montré que la quasi-totalité des sages-femmes proposait la rotation manuelle dans la prise en charge d'une variété postérieure diagnostiquée au cours du travail, ce qui confirme bien leur intérêt pour cette pratique en cas de variété postérieure.

Le choix de pratiquer ou non la rotation manuelle par la sage-femme

Dans notre étude, une petite minorité de sages-femmes ne pratiquaient jamais la rotation manuelle par elles-mêmes, une majorité la pratiquait de temps en temps ou très rarement et le reste des sages-femmes, soit une petite majorité, la pratiquaient souvent voire systématiquement en cas de variété postérieure. Il y avait donc une disparité dans l'utilisation de cette pratique par les sages-femmes.

Le fait d'avoir reçu une formation professionnelle de la technique par un tiers, utiliser la technique de Tarnier&Chantreuil et/ou de la main entière ainsi que le ressenti d'une bonne efficacité de cette technique (elle-même liée probablement à la technique utilisée) sont des facteurs qui semblent avoir une influence positive sur le choix de pratiquer la rotation manuelle. Par rapport aux autres études dont celle d'une étudiante sage-femme de 2014 [13], nous n'avons pas retrouvé que l'expérience de la sage-femme pouvait influencer sa pratique de la rotation manuelle. Nous avons même retrouvé une tendance inverse : toutes les sages-femmes qui avaient bénéficié de l'apprentissage inter-professionnel de la rotation manuelle étaient diplômées de moins de 15 ans. On pourrait expliquer cette tendance par la curiosité et la volonté des jeunes sages-femmes d'apprendre de nouvelles pratiques en début de carrière. Néanmoins, notre effectif est trop faible pour conclure de l'influence vraie de ce facteur.

Une grande majorité des sages-femmes utilisaient rarement, voire jamais, la rotation manuelle. Une grande partie des professionnels faisaient d'ailleurs appel fréquemment au médecin ou à l'interne en cas de variété postérieure, et plus particulièrement, pour réaliser

cette rotation manuelle (certains font appel à un(e) collègue). C'est principalement le manque de pratique des sages-femmes lié à la présence du médecin ou/et de l'interne qui amènerait les sages-femmes à leur passer la main. Dans une Maternité de type III universitaire, les médecins et les internes en salle de naissances sont effectivement souvent présents sur place, se rendant alors facilement disponibles pour les sages-femmes et elles-même venant aussi plus souvent vers eux. Cela pouvant expliquer ces pratiques d'une part. D'autre part, les sages-femmes ressentaient une difficulté à réaliser cette manœuvre (en raison de la force à exercer). Mais la plupart n'ont pas une technique rigoureuse, ce qui pourrait rendre encore plus difficile la réussite d'une rotation manuelle et alors, les décourager à la tenter. Des écrits montrent effectivement que la rotation manuelle est efficace lorsqu'elle est pratiquée de façon rigoureuse dans le respect des indications et conditions de sa réalisation [1, 3, 26, 29, 39]. On peut alors penser que le fait d'être formé, ou au moins informé, pourrait permettre d'avoir de meilleurs résultats à la pratique de la rotation manuelle, et donc une meilleure confiance en ses capacités. Cela influencerait positivement la pratique fréquente et régulière par les sages-femmes. Le manque de formation des sages-femmes à cette technique pourrait expliquer ce faible taux de sages-femmes pratiquant la rotation manuelle de façon régulière.

Néanmoins, parmi les professionnels que nous avons interrogé, on distingue quelques sages-femmes qui n'avaient jamais tenté la rotation manuelle et appréhendaient ce geste. Elles se posaient la question d'éventuelles conséquences possibles sur le fœtus et le nouveau-né. Une de ces sages-femmes était en cours de formation pour obtenir le DE d'ostéopathie. Elle affirmait que cet enseignement lui avait apporté des éléments à sa prise en charge obstétricale dont les connaissances de possibles répercussions des mobilisations telles que la rotation manuelle sur le fœtus. Elle pourrait avoir une influence sur la succion et la déglutition, sur la prise du sein et le sommeil. Elle disait avoir remarqué que ces nouveau-nés avaient plus de difficultés à la prise du sein et étaient moins bien en salle de naissances, ils étaient plus algiques et criaient plus. Aucune des études publiées n'a retrouvé d'aggravation de l'état néonatal en cas de rotation manuelle. Et dans l'étude de Shaffer et al. [31], le risque d'un score d'Apgar inférieur à 7 à la naissance était même significativement diminué dans le groupe rotation, en comparaison au groupe expectative. Le seul risque néonatal serait lié au risque d'apparition ou d'aggravation d'ARCF qui serait de 20 % [26]. Nous ne pouvons cependant pas exclure cette possibilité en raison du peu d'informations précises sur cette adaptation du nouveau-né à la naissance après une rotation manuelle.

Technique utilisée, conditions et indications de la réalisation

Décrite depuis 1875, la rotation manuelle de Tarnier&Chantreuil utilise deux doigts sur la tête fœtale [29]. La main utilisée varie en fonction de la variété : l'index gauche prend appui derrière l'oreille gauche fœtale pour les occipito-iliaques droites postérieures, l'index droit derrière l'oreille droite pour les occipito-iliaques gauches postérieures. Les doigts impriment un mouvement de rotation vers l'avant pour arriver derrière la symphyse. Une autre technique de rotation manuelle est décrite par la Société des Gynécologues Obstétriciens du Canada [30]. C'est la main entière qui est introduite dans le vagin, paume vers le haut. La tête fœtale est fléchie, légèrement dégagée et une rotation antérieure est imprimée à l'occiput par pronation ou supination de l'avant-bras.

La rotation manuelle doit respecter certaines conditions cliniques. La femme doit être en position gynécologique, vessie vide. La dilatation doit être supérieure à 7-8 cm. Les doigts doivent atteindre l'oreille antérieure au niveau du sillon postérieur sur toute la longueur du doigt. Il ne doit pas y avoir de doute sur la variété, sans quoi, une échographie est recommandée. La rotation doit se faire sur une CU avec effort de poussée. La tentative se limite à trois fois au maximum. Au-delà de ce nombre, les chances seraient nulles [1, 3, 29].

Dans notre étude, plus de la moitié des sages-femmes n'utilisaient pas les techniques de rotation manuelle décrites dans la littérature et la pratiquaient selon une technique qui leur était propre. D'autre part, nous avons observé une disparité globale dans les conditions de réalisation de la rotation manuelle par les professionnels : le choix de la main en fonction de l'orientation de la variété postérieure, le repérage des oreilles fœtales, sa pratique sur une CU avec efforts expulsifs maternels et l'utilisation de l'échographie en cas de doute sur la variété. Les indications de la rotation manuelle étaient également variables entre sages-femmes. Toutefois, et comme toutes manœuvres, elle comporte des risques : 2 à 3 % de lésions cervico-vaginales [31] et 10 à 20 % d'apparition ou d'aggravation d'ARCF [26]. Le risque de procidence du cordon est très rare et peut-être exclu si les conditions de la technique sont respectées [3, 31]. Dans nos résultats, une sage-femme disait « remonter » la tête fœtale pour réaliser la rotation manuelle plus facilement et en dehors d'une CU, sans efforts expulsifs. Cette pratique pourrait être potentiellement à risque de procidence.

Par ailleurs, si la rotation manuelle est pratiquée dans le respect de ses conditions, son taux de réussite est de 90 % [3]. Une petite minorité des professionnels avait d'ailleurs exprimé spontanément la bonne efficacité de la rotation manuelle. La majorité de ce groupe avait reçu

un apprentissage de la technique par un tiers et pratiquait l'une des techniques de la littérature de façon fréquente, voire systématique. Cela laisse penser que cette formation a été bénéfique, les aidant à obtenir un meilleur taux de réussite lié à un meilleur ressenti dans l'efficacité de la manœuvre et encourageant les sages-femmes formées à la tenter plus fréquemment. Ainsi, on pourrait probablement améliorer l'utilisation et le taux de succès de la rotation manuelle par les sages-femmes par une formation rigoureuse à ces techniques. D'ailleurs, une grande partie des sages-femmes interrogées était demandeuse d'un enseignement pratique de la manœuvre.

Enfin, la physiologie d'une variété postérieure ne nécessitant pas habituellement l'intervention du médecin, cette formation leur permettrait de traiter certaines dystocies afin de suivre en globalité le travail et l'accouchement de ces patientes.

3.2.3. Pratiques autres que la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures

L'attitude non-active

Pour les sages-femmes diplômées de plus de 20 ans, l'attitude non-active (expectative) associée à l'épisiotomie systématique pour une variété postérieure était enseignée lors des études. Certains livres de référence ne présentant pas les méthodes de rotation possibles pour une variété postérieure [4] et l'absence de protocole dans de nombreux centres [11] sous-entend l'attitude expectative souvent préconisée. Dans notre étude, aucune sage-femme ne s'en tenait à l'expectative en 1^{er} lieu et cela montre bien qu'elles retrouvent un intérêt à faire tourner ces fœtus. Elles ont d'ailleurs cette volonté de se former et d'améliorer leurs pratiques puisqu'une majorité d'entre-elles était demandeuse d'une formation sur cette prise en charge.

L'amniotomie et la direction du travail par ocytocines

Une dystocie dynamique peut favoriser l'installation d'une variété postérieure au cours du travail [1, 4]. Ainsi, l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocines permettrait de corriger ces anomalies en renforçant les CU, et pourraient faire tourner les variétés postérieures en favorisant cette accommodation fœto-pelvienne [11]. Toutefois, si cette prise en charge a déjà été décrite, elle n'a jamais démontré de bénéfice [7, 8]. Et comme pour l'amniotomie, les ocytocines ne devraient être administrées que sur indication médicale : hypokinésie de fréquence ou d'intensité associée à une stagnation de la dilatation ou à une non-descente de la

présentation après une heure à dilatation complète [2, 37]. Ici, 4 sages-femmes avaient proposé la direction du travail par ocytocines en cas de dynamique utérine moyenne (hypocinésie de fréquence). Ce petit effectif de sages-femmes peut laisser penser que les indications de ces thérapeutiques sont respectées. Par contre, aucune n'a proposé l'amniotomie lors des cas cliniques. Cela serait dû au manque d'informations détaillées sur la présence de la poche des eaux dans la présentation des cas cliniques qui ne sollicitait probablement pas les sages-femmes à proposer cette thérapeutique.

L'acupuncture

Peu de sages-femmes étaient formées au DU d'acupuncture mais plus du tiers proposaient cette pratique lors des cas cliniques, certaines faisant appel à un(e) collègue en fonction de ses disponibilités. L'acupuncture aurait des effets sur le col utérin et les CU mais son efficacité directe sur la rotation des variétés postérieures n'a jamais été étudiée [12]. 1/4 des sages-femmes ont tout de même rapporté une bonne efficacité de cette technique pour la rotation du fœtus. Certaines relèvent d'ailleurs l'intérêt de former davantage de sages-femmes travaillant en salle de naissances. Ces résultats laissent croire, qu'en effet, l'acupuncture aurait des effets bénéfiques sur cette rotation spontanée ou simplement sur l'amélioration du pronostic du travail et de l'accouchement (moins de dystocies notamment).

La mobilité et les postures

Les postures retrouvées dans la littérature pour aider à la rotation des variétés postérieures sont le DL asymétrique, le quatre-pattes et la position « accroupie, buste en avant ». Mais à ce jour, aucune étude n'a prouvé l'efficacité des postures maternelles dans l'induction de la rotation d'une variété postérieure en antérieure [11, 21-24]. Toutefois, ces auteurs mettent en avant l'intérêt de mobiliser les femmes car cela diminuerait les algies lombaires de la patiente sans mettre en danger le fœtus. De la même façon, la mobilité par la déambulation et l'utilisation du ballon pendant le travail est aussi encouragée par l'OMS [14] sans que cela n'ait été démontré. Par ailleurs, l'auteur C. Le Ray affirme dans sa revue de littérature de 2014 [2], qu'en France, le quatre-pattes semble peu utilisé pour les raisons qu'il est difficile à obtenir sous APD, qu'il est peu confortable pour la femme, parfois « culturellement » mal accepté, et qu'il rend plus difficile l'enregistrement du RCF. Par contre, le DL asymétrique semble plus largement utilisé sans qu'il n'ait jamais été spécifiquement étudié. La revue de Ridley [26] souligne un intérêt du DL asymétrique du

même côté que le dos fœtal, posture d'ailleurs recommandée par le CNGOF pour la rotation d'une variété postérieure [25].

Dans notre étude, les postures proposées étaient très variables entre professionnels et l'on retrouvait essentiellement l'utilisation du quatre-pattes et du DL asymétrique. Souvent en 2ème intention après un DL asymétrique, les sages-femmes avaient des difficultés à mettre en place le quatre-pattes en raison de la mobilisation plus compliquée des femmes sous APD. Ces résultats sont donc concordants avec les données de la littérature [2].

Le DLG asymétrique avec le DL asymétrique du côté opposé au dos fœtal sont plus utilisés que celui du même côté du dos, pourtant recommandé dans cette prise en charge [25]. Le syndrome de compression de la veine-cave serait la raison qui poussent les sages-femmes à choisir le DL asymétrique du côté gauche, indépendamment du côté du dos. D'autre part, en positionnant les femmes en DL du côté opposé au dos, les sages-femmes pensent probablement à la mécanique de bascule du dos fœtal qui passerait de l'autre côté et accompagnerait la rotation de la tête. C'est pourtant en fonction de l'orientation gauche/droite de la variété (correspondant au même côté du dos) qu'il est important de choisir, et le chemin le plus court pour amener la tête fœtale en antérieure est celui du côté du dos.

Plusieurs sages-femmes trouvaient les postures asymétriques très favorables pour la rotation spontanée des fœtus dont une mettant en avant l'intérêt de connaître l'anatomie complète du bassin pour mobiliser les articulations sacro-iliaques qui seraient très impliquées dans cette rotation. D'ailleurs, une grande partie des sages-femmes montraient un intérêt à connaître de façon plus approfondie la mécanique obstétricale pour cette prise en charge.

4 sages-femmes utilisaient la position « assise, buste en avant » et non « accroupie » ou « sur les genoux » comme décrit par B. De Gasquet, peut-être en raison de la difficulté de mobilisation avec l'APD.

Toutefois, la majorité des sages-femmes proposait de tenter plusieurs positions pour une variété postérieure, et cette mobilisation par le changement postural est en accord avec les recommandations de l'OMS [14]. Enfin, la grande variété de ces postures proposées montre l'intérêt des sages-femmes à vouloir tourner les variétés postérieures en antérieures. Cette hétérogénéité inter-professionnelle des pratiques posturales reflète également la littérature actuelle, soit le manque de données prouvant l'efficacité des postures avec un niveau de preuve satisfaisant. Ainsi, il nous sera intéressant de suivre la publication de l'essai

randomisé multicentrique qui est actuellement en cours dans 4 centres français (étude EVADELA) : EVALuation du DEcubitus Latéral Asymétrique pour la rotation des variétés postérieures afin de mieux orienter les sages-femmes dans leur prise en charge. Même si les études n'ont pas montré une efficacité significative jusque-là, une formation complémentaire de mécanique obstétricale pourrait peut-être permettre aux sages-femmes d'obtenir un meilleur taux de réussite des techniques posturales pour la rotation des variétés postérieures par une meilleure connaissance du bassin et de ses articulations.

Influence de l'étude actuelle sur les facteurs prédictifs de la rotation manuelle

Les pratiques des sage-femmes nancéiennes dans la prise en charge globale des variétés postérieures semblent avoir évoluées depuis la mise en place de l'étude menée par l'étudiante en médecine, et en particulier, la pratique de la rotation manuelle. En effet, une majorité des sages-femmes déclarait avoir changé leurs pratiques et, la plupart avait reçu des consignes pour une prise en charge globale plus active dont celle de tenter plus souvent la rotation manuelle (par la sage-femme ou le médecin). Cette étude aurait eu une influence importante sur les pratiques professionnelles. Et à ce jour, cette prise en charge n'a pas de recommandations et protocole définis officiellement. Les consignes sont donc variables d'un établissement à l'autre, cela constituant un biais important à notre étude pour ce qui est de la représentativité de ces résultats à d'autres centres.

3.2.4. Données non analysées

La question n°13 (« *Connaissez-vous les conditions cliniques nécessaires chez la patiente pour pouvoir réaliser cette technique ? Pouvez-vous me les décrire ?* ») a été ajoutée après la phase test. Elle n'a pas permis d'apporter les objectifs voulus en raison de l'incompréhension générale de la question par les professionnels. Les résultats n'ont donc pas été rapportés.

Le sexe du professionnel n'a pas été analysé en raison d'un effectif trop faible (2 hommes et 23 femmes) ne permettant pas de conclure d'une éventuelle influence de ce facteur sur les pratiques des sages-femmes.

3.3. Implication et perspectives

Cette étude a été réalisée sur un faible effectif et au niveau local. Il pourrait être pertinent d'extrapoler cette étude à d'autres types de Maternités (type I et II notamment) et dans des régions différentes afin d'avoir une idée plus générale des pratiques françaises.

Par ailleurs, il serait intéressant de coupler cette étude prospective avec une étude rétrospective recherchant les pratiques des sages-femmes à partir de dossiers médicaux de patientes chez lesquelles une variété postérieure a été diagnostiquée au cours du travail. Cela apporterait l'application plus concrète des différentes pratiques mises en œuvre et à quel moment elles ont été pratiquées au cours du travail.

Dans notre étude, une petite minorité de sages-femmes appréhendait le geste de la rotation manuelle sur le fœtus. Les études sont encore peu nombreuses sur ce sujet et rechercher le retentissement de cette manœuvre sur la mise au sein et le réflexe de succion, la douleur du nouveau-né, son comportement (agitation, pleurs), le nombre de consultations chez l'ostéopathe dans les 3 mois après la naissance... etc, serait une piste intéressante à étudier afin de pouvoir confirmer ou non les conséquences de cette manœuvre et la recommander dans certains cas ou non.

Écrire un article scientifique à partir de cette étude et le soumettre à une revue médicale d'obstétrique permettrait une diffusion plus large de ces résultats aux sages-femmes et médecins français. Ce type d'écrit pourrait faire évoluer les pratiques professionnelles des sages-femmes dans leur prise en charge des variétés postérieures par leur utilisation plus fréquente de la rotation manuelle. Dans cette même idée, une information complète ainsi qu'une formation pratique de la rotation manuelle aux sages-femmes pourraient être mises en place dans les Maternités afin de rendre leur pratique plus rigoureuse et donc plus efficace. L'utilisation plus fréquente de cette technique leur permettrait de traiter certaines dystocies et donc de participer à la globalité du suivi des variétés postérieures, l'intervention du médecin n'étant pas toujours nécessaire. Il serait également intéressant d'élaborer un protocole de prise en charge des variétés postérieures à partir des données de la littérature, comme cela a été mis en place à la Maternité du CHRU de Caen (août 2014) où la technique du diagnostic échographie et celle de la rotation manuelle seraient détaillées afin d'orienter au mieux les sages-femmes.

CONCLUSION

Notre étude a montré que les sages-femmes semblent privilégier les techniques les plus physiologiques telles que la mobilisation, les techniques posturales et l'acupuncture dans la prise en charge des variétés postérieures. Par ailleurs, l'échographie diagnostique en cas de doute sur la variété n'est pas systématique pour l'ensemble des sages-femmes, bien qu'elle soit recommandée par le CNGOF. Enfin, nos résultats ont permis de mettre en évidence que la rotation manuelle reste encore peu pratiquée par les sages-femmes. Un manque de pratique liée à la disponibilité du médecin sur place (centre de type III) et son expérience de la manœuvre, la difficulté ressentie de cette technique ainsi que l'appréhension du geste sont des raisons qui conduisent certaines sages-femmes à préférer laisser la main au médecin. Avoir reçu une formation professionnelle de la technique par un tiers, ressentir d'une bonne efficacité de la manœuvre, utiliser la technique de Tarnier&Chantreuil ou celle de la main entière sont des facteurs qui influenceraient positivement le choix de pratiquer la rotation manuelle. Les techniques de la rotation manuelle décrites dans la littérature ne sont pas toujours connues et utilisées de manière rigoureuse par tous les professionnels, de même que les indications et conditions de sa réalisation.

Nos résultats ont donc confirmé notre hypothèse puisque nous avons retrouvé une hétérogénéité des pratiques professionnelles des sages-femmes concernant la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures.

Ces résultats sont cependant à considérer avec prudence, notre effectif étant très restreint et limité à un seul centre d'étude. Cette étude mériterait d'être élargie à d'autres types de Maternités.

Ainsi, il serait intéressant de former les sages-femmes à la technique de rotation manuelle pour leur permettre de mieux appréhender ce geste, avoir un meilleur ressenti de la manœuvre et obtenir un meilleur taux de réussite. Cela les motiveraient peut-être à pratiquer d'avantage cette manœuvre, leur apportant alors les moyens thérapeutiques de se réappropriier la globalité du suivi du travail et de l'accouchement d'une variété

postérieure. De la même façon, uniformiser les pratiques en élaborant d'un protocole sur la prise en charge des variétés postérieures serait une piste intéressante à poursuivre.

À ce jour, peu d'études ont prouvé scientifiquement l'efficacité des autres techniques sur la rotation en antérieure d'une variété postérieure. Un grand domaine de recherches reste donc ouvert. Il sera intéressant de suivre les publications à venir de l'étude nancéienne de l'étudiante en médecine, des études EVADELA et POP-OUT trial afin d'orienter au mieux les sages-femmes dans leur prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SCHAAL J-P et al. Mécanique & techniques obstétricales. 4e édition. Montpellier : Sauramps Médical, 2012. Rotation intrapelvienne de la tête foetale : p. 259-265.
- [2] Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Janvier 2014, n°43(6) : p. 417-419.
- [3] Le Ray C, Goffinet F. Technique et intérêt de la rotation manuelle en cas de variété postérieure. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Octobre 2011, n°39(10) : p. 575-578.
- [4] Lansac J, Descamps P, Oury JF, et al. Pratique de l'accouchement. 5e édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012. Chapitre 4, Accouchement en présentation du sommet – variétés postérieures : p. 78-80.
- [5] Lieberman E, Davidson K, Lee-Parritz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. Obstetrics and Gynecology. 2005, n°105(5.1) : p. 974-982.
- [6] Riethmuller D, Teffaud O, Eyraud JL, Sautière JL, Schaal JP, Mailet R. Pronostic maternel et foetal du dégagement en occipito-sacré. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Mars 1999, n°28(1) : p. 41-47.
- [7] Ponkey SE., Cohen AP., Hefner LJ., Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position : obstetric outcomes. Obstetrics and Gynecology. Mai 2003, n°101(5) : p. 915-920.
- [8] Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. Obstetrics and Gynecology. Décembre 2001, n°98(5) : p. 1027-1031.
- [9] Poilane M. Diagnostic et prise en charge des variétés postérieures : comparaison entre des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-pubien et des variétés postérieures tournant spontanément en occipito-sacré. Mémoire de sage-femme. Université de Grenoble, 2014.
- [10] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'extractions instrumentales. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, 2008. p. 579.
- [11] Guittier MJ, Othenin-Girard V. Correction des variétés occipito-postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement : intérêt des postures maternelles. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Avril 2012, n°40(4) : p. 255-260.
- [12] Juliot P. Quand bébé a la tête dans les étoiles : la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail. Mémoire de sage-femme. Metz : Université Henri-Poincaré, 2011.

- [13] Boirel M. La rotation manuelle des variétés postérieures ou transverses : état des lieux en Basse-Normandie. Mémoire de sage-femme. Université de Caen, 2014.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. La bibliothèque de la santé génésique de l'OMS. Positions maternelles et mobilité au cours du premier stade du travail. [En ligne]. Février 2010. Disponible sur : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD003934_makuchmy_com/fr/index.html [consulté le 5 septembre 2014]
- [15] Scott P., Sutton J. Comprendre et mieux positionner le fœtus en présentation céphalique. Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 1995, n°232 : p. 10-19.
- [16] De Gasquet B. Les positions pour l'accouchement. Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 1995, n°232 : p. 20-30.
- [17] Renner JP. Pourquoi le décubitus latéral maternel peut-il favoriser la rotation antérieure d'une présentation céphalique postérieure ? Vocation sage-femme. Juin-juillet 2010, n°83 : p. 22-25.
- [18] De Gasquet B. Liberté posturale au cours de l'accouchement. Les dossiers de l'obstétrique. Mars 1991, n°182 : p. 9-11.
- [19] De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement. 3e édition. Paris : Marabout, 2009. p. 107-109. (annexe 1)
- [20] Ridley RT. Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. Mars-avril 2007, n°36(2) : p. 135-143.
- [21] Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipito posterior position in labor. Birth. Décembre 2005, n°32(4) : P. 243-251.
- [22] Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior) [En ligne]. Cochrane Database Syst Rev. 2007, n°17(4). Disponible sur : <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD001063.pdf> [consulté le 28 août 2014]
- [23] Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner JP, Carcopino X, Loundou A, et al. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position ? A randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Janvier 2013, n°208(1) : p. 60.
- [24] Kariminia, A., Chamberlain, M.E., Keogh, J. & Shea, A. A Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. British Journal of Midwifery. 2004, n°328: p. 490.
- [25] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Postures au cours du travail. Paris, décembre 2008 : p. 75.

- [26] Le Ray C, Serres P, Schmitz T, Cabrol D, Goffinet F. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstetrics and Gynecology*. Octobre 2007, n°110(4) : p. 873-879.
- [27] Le Ray C, Deneux-Tharoux C, Khireddine I, Dreyfus M, Vardon D, Goffinet F. Manual rotation to decrease operative delivery in posterior or transverse positions. *Obstetrics and Gynecology*. Septembre 2013, n°122(3) : p. 634-640.
- [28] Schaffer et al. Manual rotation of the fetal occiput : Predictors of succes and delivery. *American Journal of Obstetric & Gynecology*. Mai 2006, n°194(5) : p. 7-9.
- [29] Tarnier S, Chantreuil G. *Traité de l'art des accouchements*. Tome premier. Paris ; H. Lauwereyns, 1882, p. 714-715.
- [30] Cargill YM, MacKinnon CJ and al. Guidelines for operative vaginal birth. *Journal of Obstetrics anf Gynaecology Canada*. 2004, n°26(8) : p. 747-761.
- [31] Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Caughey AB. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. *Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*. Janvier 2011, n°24(1) : p. 65-72.
- [32] Collectif des Associations et Syndicats Sage-Femme. Référentiel métier et compétences des Sages-femmes. Janvier 2010, p 21. Consulté en avril 2013 sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
- [33] Code de déontologie des sages-femmes. Edition 2012.
- [34] Lemoine H. Les variétés postérieures en salle de naissance : intérêt de la rotation manuelle. *Vocation Sage-femme*. Janvier-février 2014, n°106(13) : p. 20-22.
- [35] Haefeli C, Michoud B, et Reix M. Actions sages-femmes lors de présentations postérieures en salle d'accouchement. *Mémoire sage-femme*. HESAV : Université de Lausanne, 2012.
- [36] Hidar S, Choukou A, Jerbi M et al. Diagnostic clinico-échographique et devenir des variétés postérieures dans la présentation du sommet : étude prospective longitudinale de 350 parturientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006, n°34(6) : p. 484-488.
- [37] VIDAL. *Le dictionnaire*. 89° édition. Vidal. 2013.
- [38] Reichman O, Gdansky E, Latinsky B, Labi S, Samueloff A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Janvier 2008, n°136(1) : p. 25-28.
- [39] Cabrol D, Goffinet F. *Protocoles cliniques en obstétrique*. 4e édition. Paris : Elsevier-Masson, 2013, p. 160-161.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	5
1. PARTIE 1 : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	9
1.1. MATÉRIEL.....	10
1.1.1. Description de l'étude.....	10
1.1.2. Population et échantillonnage.....	10
1.2. MÉTHODE.....	11
1.2.1. Le recueil des données.....	11
1.2.2. Variables recueillies.....	12
1.2.3. Aspect médico-légaux et réglementaires.....	13
1.2.4. Traitement des données et analyse.....	13
2. PARTIE 2 : RÉSULTATS.....	14
2.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.....	15
2.2. PRATIQUE DE LA ROTATION MANUELLE.....	15
2.2.1. Fréquence d'utilisation et fréquence d'appel du médecin.....	15
2.2.2. Nombre de tentatives par la sage-femme.....	17
2.2.3. Technique(s) utilisée(s).....	17
2.2.4. Les conditions de réalisation.....	17
2.2.5. Réponses à la question ouverte.....	18
2.3. MÉTHODES DE ROTATION AUTRES QUE LA ROTATION MANUELLE.....	19
2.3.1. Pratiques des sages-femmes lors des cas cliniques.....	19
2.3.2. Fréquence d'appel du médecin.....	22
2.4. FACTEURS POUVANT INFLUENCER LA PRISE EN CHARGE.....	22
2.4.1. Impact de l'étude en cours à la Maternité de Nancy concernant les facteurs prédictifs de la rotation manuelle.....	22
2.4.2. Le diagnostic des variétés postérieures.....	23
2.4.3. Formation initiale des sages-femmes.....	24
2.4.4. Formation continue et demande de formation(s).....	24
3. PARTIE 3 : DISCUSSION.....	26
3.1. POINTS FORTS, LIMITES ET DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE.....	27
3.1.1. Les points forts.....	27
3.1.2. Les limites de l'étude.....	28
3.1.3. Les difficultés rencontrées.....	28
3.2. ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	29
3.2.1. Diagnostic et place de l'échographie.....	29
3.2.2. La rotation manuelle.....	30
3.2.3. Pratiques autres que la rotation manuelle dans la prise en charge des variétés postérieures.....	34
3.2.4. Données non analysées.....	37
3.3. IMPLICATION ET PERSPECTIVES.....	37
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
TABLE DES MATIERES.....	44
ANNEXES.....	45

ANNEXES

Annexe I : Les positions De Gasquet©

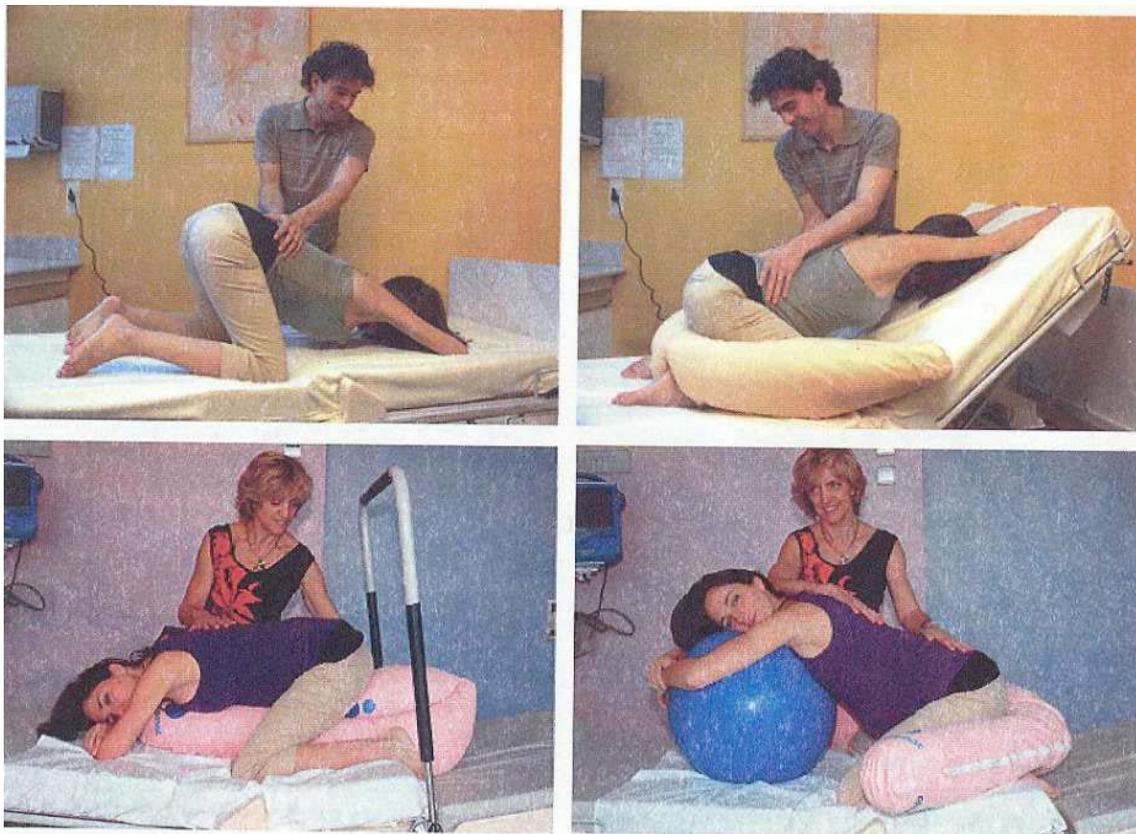
Annexe II : Guide de l'entretien

Annexe III : Variables recueillies lors de l'entretien

Annexe IV : Tableau présentant les réponses des sages-femmes au cas n°1

Annexe V : Tableau des postures de 1ère intention lors des cas cliniques

ANNEXE I



De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement. Edition 2009, Paris : Marabout ; p107-109. [21]

ANNEXE II

Entretien aux sages-femmes

À l'oral, parler de la confidentialité des données.

1) En moyenne, à quel moment du travail diagnostiquez-vous une variété postérieure et comment ?

Avant la dilatation complète : à partir de cm

À dilatation complète

À l'engagement du fœtus

au toucher vaginal

à l'échographie

2) Lorsque vous avez un doute sur la variété de présentation au toucher vaginal, utilisez-vous l'échographe ? Si oui, à quelle fréquence ?

Toujours

Souvent

Parfois

Très rarement

Jamais

Pourquoi ?

CAS 1 : Le travail est long chez une patiente dont vous suspectez une variété postérieure. Il n'y a pas d'autres anomalies associées :

3) Que faites-vous ?

Mobilité (déambulation, ballon)

Changement de posture maternelle :

Toucher vaginal

Amniotomie si la poche des eaux est présente

Sondage vésical

Acupuncture

Direction du travail par Syntocinon®

Expectative (si pas d'autres anomalies)

Appel médecin/interne

Autres :

CAS 2 : Vous avez diagnostiqué une variété postérieure, la femme est sous APD et la dilatation est inférieure à 7 cm avec un fœtus non engagé, sans pathologie associée.

4) Proposez-vous quelque-chose à la patiente ? Si oui, que proposez-vous à la patiente en première intention ? Si votre action a été inefficace que lui proposez-vous d'autre ?

- Expectative
- Mobilité (déambulation, ballon)
- Postures maternelles :
 - Décubitus latéral classique : côté du dos /côté opposé au dos
 - Décubitus latéral asymétrique : côté du dos /côté opposé au dos
 - Quatre pattes
 - Accroupie, penchée en avant
- Direction du travail par syntocinon
- Amniotomie
- Acupuncture
- Appel du médecin
- Autres :

CAS 3 : Vous avez diagnostiqué une variété postérieure, la femme n'a pas APD et la dilatation est inférieure à 7 cm avec un fœtus non engagé, sans pathologie associée.

5) Proposez-vous quelque-chose à la patiente ? Si oui, que proposez-vous à la patiente en première intention ? Si votre action a été inefficace que lui proposez-vous d'autre ?

- Expectative
- Mobilité (déambulation, ballon)
- Postures maternelles :
 - Décubitus latéral classique : côté du dos/côté opposé au dos
 - Décubitus latéral asymétrique : côté du dos/côté opposé au dos
 - Quatre pattes
 - Accroupie, penchée en avant
- Direction du travail par le syntocinon
- Amniotomie
- Acupuncture
- Appel du médecin
- Autres :

CAS 4 : Vous avez diagnostiqué une variété postérieure, la femme est sous APD et la dilatation est supérieure à 7 cm avec un fœtus en voie d'engagement ou engagé, sans pathologie associée.

6) Proposez-vous quelque-chose à la patiente ? Si oui, que proposez-vous à la patiente en première intention ? Si votre action a été inefficace que lui proposez-vous d'autre ?

- Expectative
- Mobilité (déambulation, ballon)
- Postures maternelles :
 - Décubitus latéral classique : côté du dos/côté opposé au dos
 - Décubitus latéral asymétrique : côté du dos/côté opposé au dos
 - Quatre pattes

- Accroupie, penchée en avant
- Direction du travail par syntocinon
- Amniotomie
- Acupuncture
- Appel du médecin
- Rotation manuelle
- Autres :

CAS 5 : Vous avez diagnostiqué une variété postérieure, la femme n'a pas d'APD et la dilatation est supérieure à 7 cm avec un fœtus en voie d'engagement ou engagé, sans pathologie associée.

7) Proposez-vous quelque-chose à la patiente ? Si oui, que proposez-vous à la patiente en première intention ? Si votre action a été inefficace que lui proposez-vous d'autre ?

- Expectative
- Mobilité (déambulation, ballon)
- Postures maternelles :
 - Décubitus latéral classique : côté du dos /côté opposé au dos
 - Décubitus latéral asymétrique : côté du dos /côté opposé au dos
- Quatre pattes
- Accroupie, penchée en avant
- Direction du travail par syntocinon
- Amniotomie
- Acupuncture
- Appel du médecin
- Rotation manuelle
- Autres :

8) Pensez-vous être plus interventionniste dans la prise en charge d'une variété postérieure (postures, acupuncture, direction du travail, rotation manuelle) lorsqu'il y a une situation pathologique associée (stagnation de la dilatation, non-engagement de la tête fœtale, œdème du col utérin, anomalie du rythme cardiaque fœtal) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9) Prévenez-vous le médecin dans les situations de variété postérieure ? Si oui, à quelle fréquence ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Très rarement
- Jamais

La rotation manuelle n'est pas évoquée par la sage-femme :

10) Vous n'avez pas parlé de la rotation manuelle, pourquoi ?

.....
.....
.....
11) Avez-vous déjà pratiqué la rotation manuelle ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

→ A quelle fréquence utilisez-vous cette pratique lors d'un diagnostic de variété postérieure ?

toujours, systématiquement

souvent

parfois

très rarement

jamais

Pourquoi ?

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

→ Vous arrive-t-il de faire appel à un autre professionnel ?

Non

Oui, pourquoi ?.....

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

→ Quel professionnel ? collègue sage-femme / médecin-interne

→ A quelle fréquence ? Toujours / souvent / parfois / très

rarement

Si la rotation manuelle a déjà été tentée par la sage-femme :

12) Quelle technique utilisez-vous ? Pouvez-vous me la décrire ?

→ Technique de la main entière / Tarnier & Chantreuil / autre technique

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

Repérage d'une(des) oreille(s) foetale(s)

Choix correct de la main en fonction de la variété gauche ou droite

Sur une contraction avec effort de poussée

13) Connaissez-vous les conditions cliniques nécessaires chez la patiente pour pouvoir réaliser une rotation manuelle ? Pouvez-vous me les décrire ?

- Vérification échographique si doute
 - Dilatation > 7 cm
 - Position gynécologique de la patiente
 - Vessie vide
- autres :

Si la rotation manuelle est proposée par la sage-femme lors des cas cliniques :

14) Dans quelles conditions la rotation manuelle est-elle tentée et après combien de tentatives appelez-vous le médecin en l'absence d'anomalie ?

.....

.....

.....

.....

→ nombre de tentatives avant appel en l'absence d'anomalie :

À l'Oral : Actuellement, une étude est en cours en salle de naissances sur la rotation manuelle par une interne. Cette étude a été commencée il y a 1 an et demi.

15) Est-ce que vos pratiques personnelles et choix d'interventions dans la prise en charge des variétés postérieures vous semblent modifiées depuis le début de cette étude ?

- Ne sait pas
- Non
- Oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

Des consignes vous ont-elles été données pour cette prise en charge ?

.....

.....

.....

16) Quelle est l'année de votre diplôme ?

Quelle est l'école fréquentée ?

Sexe du professionnel :

17) Au cours de vos études, avez-vous été **sensibilisé** à la prise en charge d'une variété postérieure ?

- Non, pas du tout
- Oui

→ de quelle façon ?

Théorique / Pratique / En stage / Autres :

.....
→ étant étudiant(e), avez-vous reçu un apprentissage des méthodes disponibles pour faire tourner une OS en OP ?
Non / Oui, lesquelles ?

18) En dehors de vos études, avez-vous déjà reçu un **apprentissage** d'une ou plusieurs méthodes pour tourner une variété postérieure en antérieure ?

Non
 Oui, lesquelles ?.....

19) Selon vous, la prise en charge actuelle des variétés postérieures pourrait-elle être **améliorée** ?

Oui / Non / Ne sait pas
Si Oui, comment ?

20) Seriez-vous demandeuse d'une formation spécifique sur la prise en charge des variétés postérieures en général avec un apprentissage technique de la **rotation manuelle** ?

→ Prise en charge des variétés postérieures : Oui / Non / Ne sait pas
→ Technique de la rotation manuelle : Oui / Non / Ne sait pas

21) Pensez-vous qu'il y a un intérêt à connaître de façon plus approfondie la mécanique obstétricale pour cette pratique (formation complémentaire) ?

Oui
 Non
 Ne sait pas

22) Avez-vous reçu la formation complémentaire de **mécanique et techniques obstétricales** ?

Non
 Oui → Vous a-t-elle apporté un bénéfice dans cette prise en charge ? Non / oui

Pourquoi :

ANNEXE III

Variables recueillies lors de l'entretien, classées en 5 grands thèmes :

a) Le diagnostic des variétés postérieures

- le moment du diagnostic lors du travail : cm de dilatation ou descente du fœtus
- les moyens du diagnostic : toucher vaginal et/ou échographie
- l'utilisation de l'échographie dans le diagnostic de la variété

b) La prise en charge globale d'une variété postérieure

- les pratiques des sages-femmes lors d'un travail long avec suspicion de variété postérieure
- les pratiques des sages-femmes lors d'un diagnostic affirmé de variété postérieure et sans anomalie associée, en fonction de l'absence ou non d'analgésie péridurale et en fonction de l'avancée du travail (en cm et suivant l'engagement ou non du fœtus) : selon 4 cas cliniques
- l'influence d'anomalie(s) associée(s) dans les pratiques des sages-femmes
- l'appel du médecin en cas de variété postérieure

c) La pratique de la rotation manuelle

- la(les) raison(s) des sages-femmes ne proposant pas la rotation manuelle
- la fréquence d'utilisation de la rotation manuelle dans le cas d'une variété postérieure
- le recours à un autre professionnel pour effectuer cette pratique
- la(les) technique(s) utilisée(s) par les sages-femmes
- les connaissances des conditions cliniques pour sa réalisation
- les conditions d'appel du médecin

d) Les facteurs pouvant influencer la prise en charge

- l'influence de l'étude en cours sur les facteurs prédictifs de la rotation manuelle
- les consignes éventuelles dans cette prise en charge des variétés postérieures
- les caractéristiques de la population : année d'obtention du diplôme, école fréquentée, sexe
- la sensibilisation et l'apprentissage des méthodes pendant les études
- les apprentissages et formations reçues en dehors des études

e) Intérêt, opinion et avis des professionnels sur le sujet

- sur la prise en charge actuelle des variétés postérieures
- sur le(s) formation(s) spécifique(s) abordant la technique de rotation manuelle et la prise en charge des variétés postérieures
- sur la connaissance approfondie de la mécanique obstétricale
- sur le sujet général

ANNEXE IV

Tableau 4 : Pratiques des sages-femmes en cas d'un travail long avec suspicion d'une variété postérieure sans anomalie associée

Pratiques exprimées par les sages-femmes dans le cas d'un travail long sans anomalie associée et avec suspicion d'une variété postérieure	Effectif, n (%)
Mobilité (ballon, déambulation)	6 (24)
Changement de posture	19 (76)
Toucher vaginal pour rechercher la variété de présentation	6 (24)
Sondage urinaire évacuateur	3 (12)
Pose une sonde urinaire à demeure	2 (8)
Amniotomie	2 (4)
Direction du travail par des ocytocines	14 (56)
Acupuncture	6 (24)
Échographie par la sage-femme elle-même ou par un(e) collègue ou le médecin	8 (32)
Appel du médecin	1 (4)
Recherche des facteurs de risque de disproportion fœto-pelvienne dans le dossier	1 (4)

n = effectif, % = pourcentage

ANNEXE V

Tableau 5 : Postures de 1ère intention proposées par les sages-femmes lors des cas cliniques

Postures proposées en fonction des différents cas exposés		Avec APD	Sans APD
Dilatation < 7 cm, fœtus non engagé	<i>Quatre-pattes</i>	3	5
	<i>DLG asymétrique, indépendant du dos fœtal</i>	5	4
	<i>DL asymétrique du côté opposé au dos fœtal</i>	3	1
	<i>DL asymétrique du même côté du dos fœtal</i>	0	0
	<i>Liberté posturale laissée à la femme</i>	0	1
Dilatation > 7 cm, fœtus engagé ou en cours d'engagement	<i>Quatre-pattes</i>	7	12
	<i>DLG asymétrique indépendant du dos fœtal</i>	8	7
	<i>DL asymétrique du côté opposé au dos fœtal</i>	7	3
	<i>DL asymétrique du même côté du dos fœtal</i>	3	1
	<i>Liberté posturale laissée à la femme</i>	0	2

APD = analgésie péridurale, DL = décubitus latéral, DLG = DL gauche

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de MONTPIED - JEANNE - Année 2015

La rotation manuelle des variétés postérieures, une hétérogénéité des pratiques professionnelles : état des lieux réalisé auprès des sages-femmes de la Maternité du Centre Hospitalier Régionale et Universitaire de Nancy entre le 6 novembre 2014 et le 4 janvier 2015.

Le suivi des variétés postérieures fait partie du champ de compétence de la sage-femme. Plusieurs méthodes de rotation existent dont la rotation manuelle qui est une technique simple et efficace permettant d'améliorer le pronostic materno-fœtal lié à ces variétés. Nous avons essayé de connaître et comprendre les pratiques des sages-femmes dans cette prise en charge et, plus particulièrement, leur utilisation de la rotation manuelle.

Matériel et méthodes : Cette étude était qualitative, observationnelle, prospective et monocentrique, basée sur des entretiens auprès des sages-femmes de la Maternité du CHRU de Nancy.

Résultats : Cette étude a montré une hétérogénéité des pratiques concernant le choix de pratiquer ou non la rotation manuelle, sa fréquence d'utilisation, la technique utilisée, ses indications et conditions de réalisation. Le ressenti de sa bonne efficacité, l'utilisation des techniques décrites dans la littérature ainsi qu'une formation à la technique influencerait positivement le fait de pratiquer ou non la rotation manuelle. Les méthodes physiologiques (postures, mobilité, acupuncture) restent toutefois plus utilisées par les sages-femmes.

Conclusion : Il serait intéressant de former les sages-femmes à cette manœuvre afin de leur permettre d'assurer le suivi d'une variété postérieure dans sa globalité.

Mots clés : Rotation manuelle, Variétés postérieures, Pratiques professionnelles

Monitoring occiput posterior position is part of the midwife abilities. Several methods exist and manual rotation is a simple and an effective technique for improving maternal and fetal prognosis associated with posterior position. We tried to know and understand midwives practices in this taking over and specifically their use of manual rotation.

Methods: It was an empirical qualitative, prospective and single-centered study based on interviews with midwives from the Maternity of Nancy University Hospital.

Results: This study evidenced heterogeneous practices regarding choice between practicing manual rotation or not, its frequency of use, the used technique, its indications and conditions. The feeling of its efficiency, the use of techniques described in the literature and training would positively influence the choice between practicing or not manual rotation. However, physiological methods (postures, mobility, acupuncture) are still used more frequently by midwives.

Conclusion : It would be interesting to teach midwives the technique of manual rotation to allow them to supervise the occiput posterior position in its globality.

Mots clés : Manual rotation, Occiput posterior positions, Professional practices