HAL
open science

La sage-femme doit-elle craindre la dystocie des épaules ?

Delphine Corrette

To cite this version:

Delphine Corrette. La sage-femme doit-elle craindre la dystocie des épaules ?. Médecine humaine et pathologie. 2001. hal-01897503

HAL Id: hal-01897503

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01897503v1

Submitted on 17 Oct 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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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-theses-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

156 290

Ecole de Sages-Femmes Albert FRUHINSHOLZ,
NANCY

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

LA SAGE-FEMME DOIT-ELLE CRAINDRE LA DYSTOCIE DES EPAULES ?

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 202113 3

Mémoire présenté et soutenu par
Delphine CORRETTE
Née le 2 Janvier 1979
Promotion 1997–2001

SCD UHP - NANCY 1
Médecine
MÉDECINE

Ecole de Sages-Femmes Albert FRUHINSHOLZ,
NANCY

CHU NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

LA SAGE-FEMME DOIT-ELLE CRAINDRE LA DYSTOCIE DES EPAULES ?

Mémoire présenté et soutenu par
Delphine CORRETTE
Née le 2 Janvier 1979
Promotion 1997-2001

« Nous sommes tous responsables du mal que nous aurions pu prévenir ».

James Martineau **[18].**

REMERCIEMENTS

A Madame Galliot, sage-femme (SF) enseignante à Nancy qui m'a conseillée, documentée, et orientée tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Michel du Centre Hospitalier de Toul, médecin référent de ce mémoire, pour son aide précieuse et sa disponibilité.

A Mademoiselle le Docteur Fontaine de la Maternité Régionale de Nancy, qui a accepté de relire mon dépliant.

A Monsieur le Professeur Schaal, Chef de Service du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, qui m'a fait part de ses dernières propositions de conduite-à-tenir devant une dystocie des épaules.

A Monsieur le Professeur Van Lierde de Bruxelles et à Mesdames les Surveillantes de Salles de Naissances, qui ont répondu avec enthousiasme à mes courriers.

A Madame Kaziz, responsable du Service de Documentation du Sou Médical de Paris et Maître Masson, Avocat dispensant des cours de Droit à notre promotion, m'ayant toutes deux procuré des jurisprudences récentes.

Aux 102 SF de toute la Lorraine qui ont participé à l'enquête, m'ont encouragée, et sans qui ce travail n'aurait pu exister.

A ma famille, Hien-Tin, mes ami(e)s et tous ceux qui m'ont aidée en informatique, en français, et soutenue de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire.

SCD UHP - NANCY 1 BIBLIOTHEQUE MÉDECINE

SOMMAIRE

CITATION ---------- p.3

REMERCIEMENTS ---------- p.4

SOMMAIRE ---------- p.5

PREFACE ---------- p.6

INTRODUCTION ---------- p.7

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES ---------- p.8

I - Première partie : La DDE, contexte de survenue, conséquences.

I- GENERALITES ---------- p.10
II- FACTEURS PREDICTIFS ---------- p.16
III-CONSEQUENCES ---------- p.20

II- Deuxième partie : Questionnaire : présentation des résultats

I- MATERIEL ET METHODES ---------- p.27
II-PRESENTATION DES RESULTATS ---------- p.30

III- Troisième partie : Traitement, prévention ..., solutions ?

I- INTERPRETATION DES RESULTATS ---------- p.54
II- TRAITEMENT DE LA DYSTOCIE DES EPAULES ---------- p.59
III-PREVENTION DE LA DYSTOCIE DES EPAULES ---------- p.69
IV-PREVENTION DU RISQUE MEDICO-LEGAL ---------- p.72
V- SOLUTIONS ? ---------- p.81

CONCLUSION ---------- p.83

BIBLIOGRAPHIE ---------- p.84

TABLE DES MATIERES ---------- p.88

ANNEXES ---------- p.91

PREFACE

NANCY MÉDECINE

Depuis le premier jour de notre entrée à l'école de sages-femmes, nous sommes sensibilisé(e)s aux responsabilités de notre futur métier, parfois lourdes de conséquences, que ce soit pour la mère ou pour l'enfant.

Au départ, ces notions d'urgence, d'imprévisibilité ou encore d'obligation envers les parturientes étaient, je l'avoue, bien loin de mes préoccupations quotidiennes.
Puis, au fur et à mesure de l'apprentissage des connaissances théoriques et pratiques, j'ai pris conscience de l'ampleur de nos responsabilités morales, professionnelles, et de la portée de nos actes.

A quelques mois du diplôme, je pense que la principale crainte de la sage-femme est d'être un jour amenée à gérer des situations d'urgence dont la prise en charge pourrait déboucher sur un préjudice maternel ou fœtal : les incidents ou séquelles sont de moins en moins tolérables, et de moins en moins tolérées.

C'est pourquoi j'ai envie, à travers ce mémoire, de me pencher sur un problème qui, malgré les progrès actuels en obstétrique ne disparaîtra probablement jamais : la dystocie des épaules (DDE).
Source de peurs pour ma part, comment les sages-femmes, plus ou moins expérimentées, y font-elles face? Mes peurs sont-elles partagées, justifiées?

INTRODUCTION

La DDE est une complication obstétricale certes rare, mais redoutable.

Dans une première partie, nous essayerons d'établir les circonstances de survenue de cette complication . Les différents facteurs de risques maternels et fœtaux ainsi qu'une analyse des anomalies du travail nous permettra de dégager les éléments prédictifs de survenue de la DDE.
Nous pourrons ensuite évaluer la gravité de cette complication, préjudiciable à la mère et au fœtus.

Nous poursuivrons ce sujet par une enquête destinée aux sages-femmes de salles de naissances de Lorraine, qui mettra le point sur :

- la prise en charge concrète de la DDE, ainsi que les connaissances des sages-femmes à ce sujet ;
- l'implication des sages-femmes en matière de risque médico-légal.

Enfin, dans une troisième partie, nous verrons à partir de cette enquête quels sont les points qui peuvent être améliorés, les solutions à apporter.
Pour ce faire, il s'agit de savoir comment traiter une DDE lorsque nous y sommes confronté(e)s, comment la prévenir en amont, et finalement comment "se protéger", nous sages-femmes, d'un point de vue médico-légal, ce que nous chercherons à comprendre au travers de trois jurisprudences récentes.
En définitive, nous nous interrogerons sur des solutions concrètes à apporter dans le cadre de la formation médicale continue: cassettes vidéo, arbres décisionnels prédéfinis par l'équipe, formations continues, ou encore participation à des ateliers pratiques avec diplôme à la clef.

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES

→ **DDE :** Dystocie Des Epaules

→ **PB :** Plexus Brachial

→ **POPB :** Paralysie Obstétricale du Plexus Brachial

→ **SF :** Sage(s)-Femme(s)

→ **HU :** Hauteur Utérine

→ **g :** gramme

→ **kg :** kilogramme

→ **CAT :** Conduite-à-Tenir

→ **DU :** Diplôme Universitaire

→ **MTO :** Mécanique et Techniques Obstétricales

→ **CHU :** Centre Hospitalier Universitaire

→ **IRM :** Imagerie par Résonance Magnétique

PREMIERE PARTIE :

LA DYSTOCIE DES EPAULES : CONTEXTE DE SURVENUE , CONSEQUENCES

I- GENERALITES

I-1. DEFINITIONS :

Il n'existe pas de définition consensuelle de la dystocie des épaules et ce terme, utilisé pour des situations très différentes, rend difficile l'analyse de la littérature **[15]**.

I-1.1. Définition anatomique ou mécanique :

La littérature obstétricale, si l'on exclut les relèvements des bras dans les présentations du siège, recense deux définitions anatomiques de la dystocie des épaules :

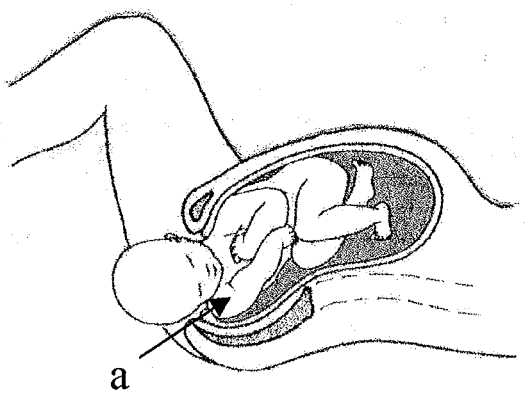
I-1.1.1. Dystocie modérée **[24]** :

Il s'agit, d'une « difficulté de passage des épaules dans l'excavation pelvienne » (cf. schéma **1-**).

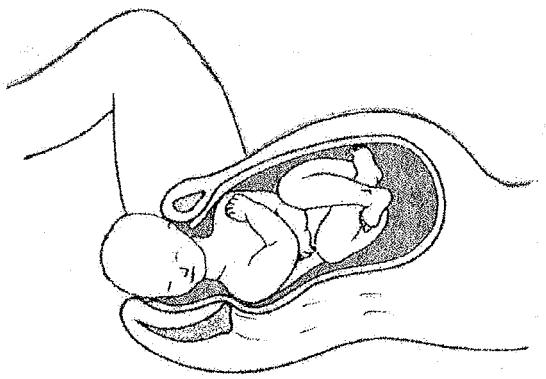
I-1.1.2. Dystocie sévère **[24]** :

Elle consiste en une « rétention des épaules au-dessus du détroit supérieur », ou enclavement des épaules au détroit supérieur, empêchant leur descente dans l'excavation pelvienne. (cf. schéma **2-**).

Magnin distingue ces deux possibilités en « dystocie sévère » (ou « vraie » dystocie) et « dystocie modérée » (ou « fausse » dystocie), selon que le diamètre bi-acromial est engagé ou non.



1- Dystocie « modérée » des épaules.
L'épaule postérieure (a) est engagée dans l'excavation pelvienne.



2- Dystocie « sévère » des épaules.
Les deux épaules sont accrochées au détroit supérieur.

Dystocie des épaules **[24]**.

I-1.2. Définition clinique ou fonctionnelle **[3,15]** :

La tête fœtale, une fois dégagée par expulsion spontanée ou instrumentale, reste collée « en bouchon de champagne » sur la vulve, selon l'expression de Lacomme, sans libération spontanée des épaules.

Les tractions normales exercées sur cette tête ne la décollent que de quelques millimètres, avec un retour immédiat de la tête contre la vulve dès le relâchement de la traction.

Les poussées suivantes et les gestes habituels de l'accouchement sont inefficaces ; d'autre part, un doigt est difficilement glissé entre la tête fœtale et la vulve maternelle.

Enfin, un œdème et une cyanose marqués de la face du nouveau-né sont observés, en même temps que le rythme cardiaque fœtal décélère.

Enfin, au toucher vaginal profond, une absence d'épaule dans la concavité sacrée est constatée.

I-1.3. Définition restrictive :

Une définition restrictive a pu être proposée ; certains auteurs considèrent que « n'est pas dystocie des épaules ce qui a pu être traité autrement que par une manœuvre de Jacquemier »**[3]**.

I-2. FREQUENCE :

Les multiples définitions de la dystocie des épaules expliquent les grandes variations de fréquence données par les auteurs, allant de 1 pour 1000 accouchements, si l'on considère la DDE sévère des auteurs français, à 6 pour 1000 accouchements environ, notamment chez les auteurs anglo-saxons qui prennent également en compte la dystocie modérée des épaules **[3, 32]**.

Ces pourcentages sont d'ailleurs relevés à la Maternité Régionale A.Pinard de Nancy **[19]** : sur les 4 dernières années 1997, 1998, 1999 et 2000, on totalise 10316 accouchements et 19 « dystocies des épaules », soit une fréquence d'environ 1,8 dystocies pour 1000 accouchements.

	1997 (2336 acc)	1998 (2355)	1999 (2514)	2000 (3111)
Nombre de DDE	3	3	9	4
Fréquence (%)	**0,13**	**0,13**	**0,36**	**0,13**

Il faut préciser que ces résultats considèrent comme DDE celles ayant nécessité une manœuvre de Jacquemier.

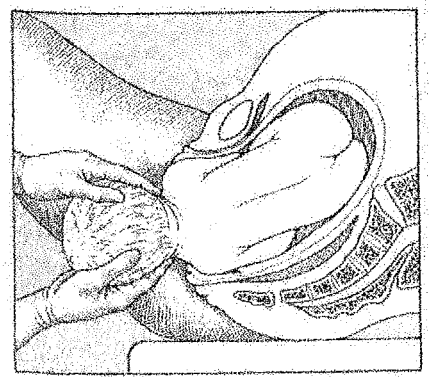
I-3. MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL DES EPAULES [10, 32, 33]:

Lors de l'accouchement normal en présentation céphalique, il y a d'abord engagement de la tête fœtale au détroit supérieur, puis descente et rotation au détroit moyen, et enfin dégagement de la tête fœtale qui apparaît à la vulve, suivie des différentes parties du corps.

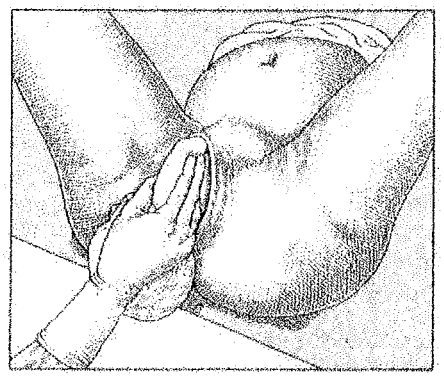
Les épaules s'engagent, lorsque la tête se dégage, dans un diamètre oblique, perpendiculaire au diamètre d'engagement de la tête.
Le diamètre bi-acromial mesurant entre 12,5 et 13 cm peut facilement se réduire à 9,5 cm et le diamètre antéro-postérieur à 9 cm ; la traversée du détroit supérieur s'effectue alors sans aucune difficulté.

Au niveau du détroit inférieur, le diamètre bi-acromial se superpose au diamètre pubo-coccygien. L'épaule postérieure glisse obliquement à travers la filière pelvienne avant l'épaule antérieure.
Pendant que l'épaule antérieure se dégage, l'épaule postérieure reste dans la concavité sacrée.
A ce moment a lieu la « rotation de restitution » ; elle est facilitée par la sage-femme ou l'obstétricien qui amène l'occiput en position postérieure, permettant ainsi l'abaissement de l'épaule antérieure sous la symphyse grâce au jeu des muscles trapèze et sterno-cleido-mastoidiens du foetus.
Enfin, une traction de la tête fœtale vers le haut permet le dégagement de l'épaule postérieure.

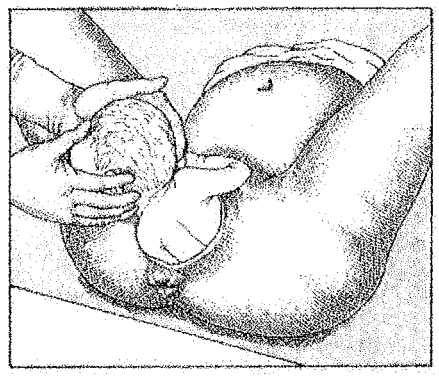
1- **Dégagement de l'épaule antérieure (vue de profil). La tête est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse**



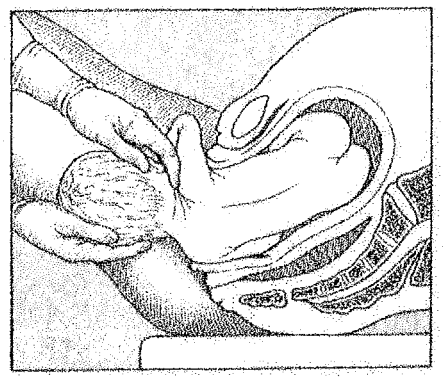
2- **Dégagement de l'épaule et du bras antérieur. L'épaule étant abaissée à la vulve, le bras est extrait à son tour.**



3- **Dégagement de l'épaule postérieure. Le bras antérieur étant dégagé, la tête, étant toujours saisie à deux mains, est ramenée vers le haut. On surveille le périnée pour éviter une déchirure du fait du dégagement trop brutal de l'épaule postérieure.**

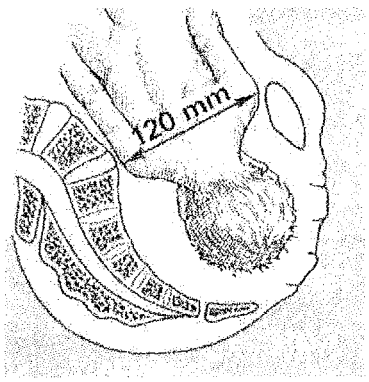


4- **Dégagement de l'épaule postérieure vu de profil.**



Accouchement normal des épaules **[10]**.

I-4. MECANISME DE LA DYSTOCIE DES EPAULES :



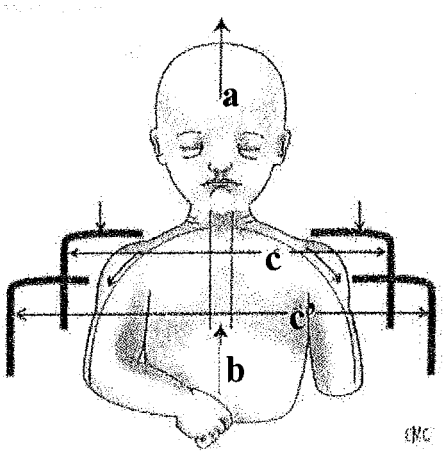
Dystocie des épaules, l'accouchement est impossible, le diamètre bi-acromial supérieur à 120 mm ne peut s'engager dans le diamètre antéro-postérieur **[20]**.

La dystocie des épaules survient au moment de l'engagement des épaules ; le volume thoracique est si important que le diamètre bi-acromial, même réduit, reste supérieur au diamètre oblique du détroit supérieur.

Ainsi, l'épaule postérieure reste au-dessus du sinus sacro-iliaque et l'épaule antérieure au-dessus de la branche ilio-pubienne.

Parfois, la dystocie survient plus tard, lors de la progression des épaules dans l'excavation ; dans ce cas, le passage du détroit supérieur a été forcé, soit par des manœuvres instrumentales, soit par des tractions manuelles intempestives.

L'épaule postérieure est alors bloquée contre la paroi antérieure du sacrum, alors que l'épaule antérieure est contre la face postérieure de la symphyse pubienne.



Dystocie des épaules **[15]**.

Les épaules sont mobilisées au détroit supérieur et toute traction ou pression ne fait que mobiliser l'ogive thoracique, ce qui a pour effet d'accroître le diamètre bi-acromial.

(a) : Traction

(b) : Pression sur le fond utérin

(c, c') : Diamètre bi-acromial respectivement avant (c) ou après (c') traction ou pression

II- FACTEURS PREDICTIFS :

Les facteurs prédictifs ou facteurs de risque peuvent être séparés en trois catégories :

→ facteurs existant avant la conception ;

→ facteurs se développant pendant la grossesse ;

→ et facteurs apparaissant lors de l'accouchement, ces derniers étant moins nombreux mais aussi plus difficiles à dépister.

II-1. FACTEURS DE RISQUES MATERNELS :

FACTEURS CONSTITUTIONNELS :

II-1.1. Poids de naissance maternel élevé :

Les patientes ayant elles-mêmes présenté un poids de naissance élevé ont un risque d'accoucher d'un enfant macrosome.

II-1.2. Taille de la mère :

Pour **Mégafu** (1988) **[11],** les patientes de stature supérieure à 1,64 mètre auraient un risque élevé d'accoucher d'un macrosome.

II-1.3. Obésité maternelle :

Certains auteurs s'accordent à retenir l'obésité comme facteur de risque de macrosomie fœtale et donc de dystocie : **Panel [13]** dans une étude sur les macrosomes comptait 19,7% d'obésité chez les mères ; **Ouarda [13]** retrouvait 33% d'obésité maternelle dans sa population.

FACTEURS ACQUIS :

II-1.4. Age de la mère :

Un âge maternel élevé est à prendre en considération ; en effet, le risque de dystocie des épaules est plus important lors d'une grossesse tardive.

II-1.5. Multiparité :

On sait que le poids moyen des enfants augmente avec la parité. La dystocie des épaules apparaîtra donc plus facilement au terme de plusieurs accouchements : une étude réalisée par **Desrosiers [17]** montre que 75% des dystocies surviennent chez les multipares.

II-1.6. Antécédents de macrosomie :

Le poids de naissance augmentant avec la parité, une macrosomie foetale antérieure doit faire craindre une éventuelle dystocie. Les résultats concernant ce facteur de risque sont très variables d'une étude à l'autre : si l'on définit la macrosomie comme un poids de naissance supérieur à 4000g, **Parks [17]** retrouve une macrosomie antérieure dans 33% des cas de dystocies, **Gross [13]** dans 44% des cas et **Desrosiers [13]** dans seulement 20% des cas.

II-1.7. Dystocie des épaules antérieure **[13]**:

L'antécédent de dystocie des épaules doit être un facteur prédictif alarmant.
En effet, **Lewis** a montré un taux de récurrence de dystocie de 13,8% , **Smith** quant à lui trouve un taux de récurrence de 9,8%. Enfin, il est à noter que **O'Leary** préconisait une césarienne prophylactique systématique lors d'un antécédent de dystocie des épaules.

II-1.8. Prise de poids pendant la grossesse :

Panel (1991) **[10]** a étudié 198 cas de macrosomes et retrouve 46,8% de femmes ayant pris plus de 15kg pendant leur grossesse. C'est pourquoi une prise de poids supérieure à 15kg pendant la grossesse doit faire suspecter une macrosomie fœtale et donc une dystocie des épaules.

II-2.9. Dépassement de terme **[10]** :

La post-maturité s'accompagne d'un gain de poids fœtal. L'hypertrophie fœtale apparaît comme un facteur favorisant le dépassement de terme , probablement par le biais d'une disproportion fœto-maternelle et s'opposerait au déclenchement spontané du travail en modifiant les composantes mécaniques habituelles.
Dépassement de terme et macrosomie sont donc fréquemment associés du fait d'influences réciproques.

II-2.10. Diabète gestationnel :

Weeks (1994) **[10]** montre que les patientes dont la grossesse est marquée par un diabète gestationnel ont un risque de macrosomie évalué à 26% versus 11% par rapport aux patientes non diabétiques.
Le diabète gestationnel est reconnu par **Schaal [25]** comme un facteur de risque important de dystocie des épaules.
En effet, le diabète est un facteur de risque de DDE du fait du cumul du risque de macrosomie fœtale et du diamètre bi–acromial important.

II-2. FACTEURS DE RISQUES FŒTAUX :

II-2.1. Sexe du foetus :

Pour **Treisser** (1993) **[10]** ,les fœtus de sexe masculin sont deux fois plus macrosomes que les filles. Dans son étude, il retrouve 66,7% de garçons macrosomes - poids supérieur à 4000g -, contre 33,3% de filles.

II-2.2. Macrosomie fœtale :

Est considéré classiquement comme macrosome tout enfant dont le poids est supérieur au 90ème percentile de l'âge gestationnel, les courbes étant différentes selon le sexe de l'enfant.

La définition internationale considère l'enfant macrosome celui qui sort de la norme statistique (supérieur au 97,5ème percentile), soit supérieur à terme à 4300g. pour l'enfant de sexe masculin et supérieur à 4150g. pour l'enfant de sexe féminin.

Sa fréquence se situe généralement entre 4,45 % et 9,6 % des naissances selon les séries**[11]**.

C'est le facteur de risque le plus classique : car, plus l'enfant est gros et lourd, plus le risque de dystocie des épaules existe.

Cette macrosomie est de causes pluri-fonctionnelles **[2]**, et les facteurs prédictifs de dystocie sont en étroite relation avec ceux de la macrosomie.

II-3. FACTEURS DE RISQUES LIES AUX ANOMALIES DU TRAVAIL [2, 15, 33]:

II-3.1. Prolongement de la deuxième phase du travail :

La deuxième phase du travail est la période s'étendant du moment où la patiente est à dilatation complète jusqu'à l'expulsion ; ce délai, théoriquement, ne doit pas excéder deux heures chez une primipare et une heure chez une multipare.

Lorsque la deuxième phase de travail est supérieure d'un point de vue temps aux « normes » habituelles, on constate que le risque de dystocie des épaules augmente.

II-3.2. Utilisation de forceps / Extractions instrumentales :

L'extraction instrumentale est souvent liée au fait que la parturiente, fatiguée par la durée du travail, ses contractions, etc, fournit alors efforts expulsifs moins efficaces.
Le recours à une extraction notamment sur présentation haute ou au détroit moyen constitue l'une des causes de DDE avec risque de traumatisme obstétrical du plexus brachial.

II-4. VALEUR PREDICTIVE DES FACTEURS DE RISQUES :

Pour **O'Leary [3]**, les patientes présentent des risques très importants de DDE si elles réunissent les critères suivants : diabète, obésité, terme dépassé et prise de poids excessive.

Plus de 50 % des DDE surviennent lors de l'accouchement d'enfant de poids normal **[2]**.

Enfin, **Gross [2]** en 1987 a tenté de réaliser une grille de facteurs prédictifs lors de la surveillance de la grossesse et du travail. Ses résultats ont montré que 85 % des dystocies restent inattendues ; la valeur prédictive de la DDE à partir de cette grille est donc mauvaise.

III-CONSEQUENCES :

III-1. COMPLICATIONS MATERNELLES [32] :

La dystocie des épaules peut entraîner, au niveau maternel :

- une hémorragie de la délivrance par atonie utérine secondaire au volume utérin excessif dû au macrosome, ainsi que des anémies ;

• des lésions traumatiques de l'appareil génital :

– lacération des voies génitales inférieures, ce risque étant élevé et entraînant des lésions à type de déchirure périnéale complète ou compliquée, plaie vaginale ou du col utérin, fistule vésicale ;

– rupture utérine, de risque très faible ;

• des infections secondaires liées aux manœuvres obstétricales (Jacquemier, forceps ou révision utérine) et aux traumatismes des voies génitales.

La morbidité maternelle est donc dominée par la pathologie traumatique, les hémorragies de la délivrance et les complications infectieuses.

III-2. COMPLICATIONS FŒTALES :

III-2.1. Mortalité périnatale :

La complication majeure de la dystocie des épaules chez l'enfant est le décès, en l'absence de traitement rapide et efficace.

La mortalité périnatale est toujours très augmentée en cas de DDE, et davantage encore si l'enfant est issu de mère diabétique **[32]** .

III-2.2. Morbidité néonatale :

Elle est dominée par la souffrance fœtale et le traumatisme obstétrical.

• L'asphyxie périnatale :

Elle s'explique par le retard à l'expulsion et les manœuvres pratiquées chez le fœtus.

Le score d'Apgar inférieur à 3 est 6 à 11 fois plus fréquent **[32]** .

En cas de survie, l'enfant présente parfois des lésions du système nerveux central ou bien des troubles mentaux qui nécessiteront une surveillance psychosomatique les premières années de vie.

Le nouveau-né peut au contraire n'être atteint d'aucune lésion si l'accouchement est terminé dans les 10 minutes au plus tard après le dégagement de la tête et s'il n'y a pas eu d'anoxie anténatale **[8]**.

Le risque d'anoxie cérébrale est donc proportionnel au délai du traitement efficace de la dystocie.

- Les lésions traumatiques :

Sont constatées:

– des *lésions des parties molles* : avec atteinte du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien (hématomes, déchirures) ;

– des *lésions des parties osseuses* : → Fracture de la clavicule, favorisée par le poids fœtal. L'incidence des fractures de clavicules est estimé à 2,7 pour 1000 accouchements et passe à 14 pour 1000 pour les enfants de 4000 à 4999 grammes et 38 pour 1000 au-dessus de 4500 grammes **[32]**.

Les fractures involontaires de la clavicule sont assez fréquentes mais bénignes, ne laissant aucune séquelle fonctionnelle **[2]** .Le traitement consiste à immobiliser le bras le long du corps pendant quelques jours.

→ fracture de l'humérus, plus rare, (lors de la manœuvre de Couder par exemple). Le traitement consiste à maintenir l'humérus en bonne position par l'intermédiaire d'une attelle.

– des lésions neurologiques ou *atteintes du plexus brachial* **[32]**:

Le mécanisme des lésions du plexus brachial est directement lié aux mouvements de traction ou de rotation excessifs sur la tête fœtale (voire paragraphe qui suit) Ces tractions allongent la distance entre les racines et la terminaison du plexus, créant soit des avulsions, soit des ruptures.

La lésion la plus fréquente intéresse les racines de C5 et C6, réalisant la paralysie d'Erb-Duchenne ; cette paralysie entraîne un déficit total du deltoïde et des rotateurs externes de l'épaule ; la récupération est d'environ 70% dans un délai de un an.

III-2.3. Mécanisme de la lésion du plexus brachial :

III-2.3.1. Définition :

La paralysie du plexus brachial de cause obstétricale est l'ensemble des lésions nerveuses créées au niveau du plexus brachial par les manœuvres au cours de l'accouchement.

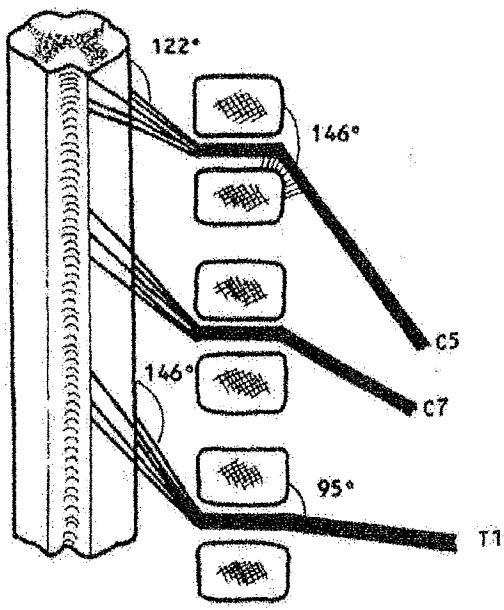
Le mécanisme des lésions du plexus brachial est directement lié aux tractions intempestives réalisées pour traiter une dystocie des épaules alors que celles-ci sont impactées au niveau du détroit supérieur **[15]**.

La paralysie du plexus brachial résulte toujours de l'association d'une flexion latérale du cou et d'un abaissement du moignon de l'épaule, qui provoquent les lésions.

Après les tractions manuelles sur la tête, ce sont les recours aux extractions instrumentales (en partie hante ou moyenne) et les manœuvres d'hyper extension qui sont responsables des lésions du plexus.

III-2.3.2. Nature et topographie des lésions :

➪ **D'un point de vue anatomique :**



Obliquité des racines **[12]**.

L'obliquité des racines est décroissante depuis la première racine constitutive du plexus brachial (C5) qui est très oblique jusqu'à la dernière racine constitutive (D1) qui est horizontale.

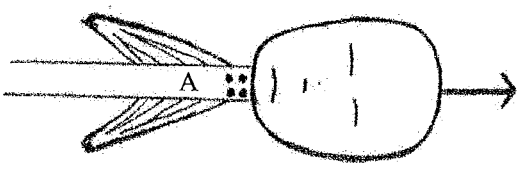
Le mécanisme d'abaissement du moignon de l'épaule et d'inflexion latérale de la tête fait donc céder en premier les racines proximales ; les racines distales ne pourront être concernées qu'à condition que les racines proximales soient elles-mêmes rompues. Ce mécanisme permet de comprendre qu'une atteinte isolée des racines distales ne peut jamais être rencontrée.

➪ **D'un point de vue obstétrical :**

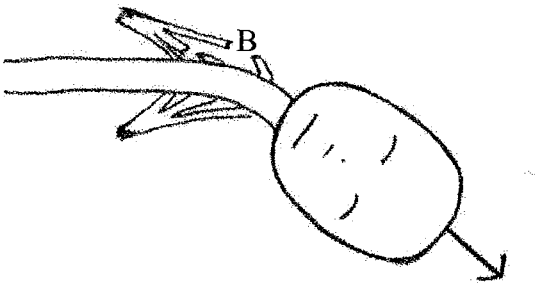
L'importance et le lieu des lésions dépend de la nature, ou de la « violence » des manœuvres obstétricales.
Le nombre des racines concernées et le type de lésions observées sur chacune des racines atteintes varie selon l'amplitude du mouvement d'abaissement de l'épaule et de déflexion latérale de la tête, selon l'intensité des manœuvres obstétricales d'extraction.

En effet, les tractions violentes sur la tête, même bien dirigées, peuvent entraîner une élongation mortelle du bulbe rachidien .
Quant aux tractions mal dirigées, elles sont responsables d'élongation ou de rupture du plexus brachial.

Lésions nerveuses dues à des tractions excessives .
(A) : Névraxe (ou axe cérébro-spinal) atteint.

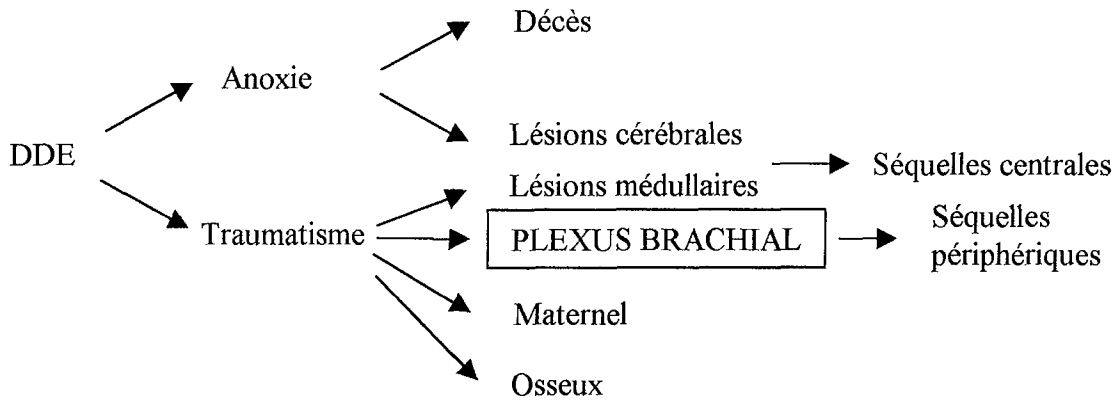


Lésions nerveuses dues à des tractions **mal dirigées.**
(B) : Plexus brachial atteint.



Types des lésions nerveuses **[9]**.

Les conséquences de la DDE peuvent finalement être résumées par le schéma qui suit :



Résumé des risques de la dystocie des épaules **[34]**.

Au terme de cette première partie, nous avons pu rappeler la définition de la DDE, son mécanisme de survenue et aussi ses facteurs prédictifs qu'ils soient maternels ou fœtaux.

Sa fréquence est relativement peu élevée, mais ses complications maternelles et fœtales assez graves pour que la prise en charge de la DDE,-capitale pour prévenir des séquelles parfois irrémédiables-, soit étudiée de plus près.

C'est de cette prise en charge primaire et de ce qui l'entoure, revenant principalement aux SF, que nous allons traiter dans la deuxième partie.

SECONDE PARTIE :

QUESTIONNAIRE : PRESENTATION DES RESULTATS

Cette deuxième partie correspond à l'étude et à l'analyse d'un questionnaire (cf. annexe) destiné aux SF de salles de naissances à travers lequel j'ai voulu savoir quelles étaient leurs connaissances concernant la dystocie des épaules et sa prise en charge, ainsi que leur position vis-à-vis de la responsabilité et des éventuels problèmes médico–légaux en découlant.

I- MATERIEL ET METHODES :

I-1. TYPE D'ENQUETE :

Une enquête par questionnaires à questions ouvertes et fermées a été réalisée auprès des SF de Lorraine exerçant actuellement en salle de naissances.
Le sondage a été proposé à 24 maternités lorraines soit : 3 services de salle de naissances en Meuse, 4 dans les Vosges, 6 en Meurthe et Moselle et 11 en Moselle.

I-2. DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE :

Avant d'établir mon questionnaire définitif, il m'a semblé important d'en réaliser une ébauche que j'ai d'abord soumise au docteur Michel, médecin référent pour mon mémoire.
Puis j'ai distribué 6 « questionnaires–tests » aux SF et à la surveillante de salle de naissances de la maternité régionale « A. Pinard » de Nancy pendant la période du 15 Septembre 2000 au 1er Octobre 2000, ce afin de recueillir les éventuelles critiques concernant la présentation, le contenu ou la formulation des questions.

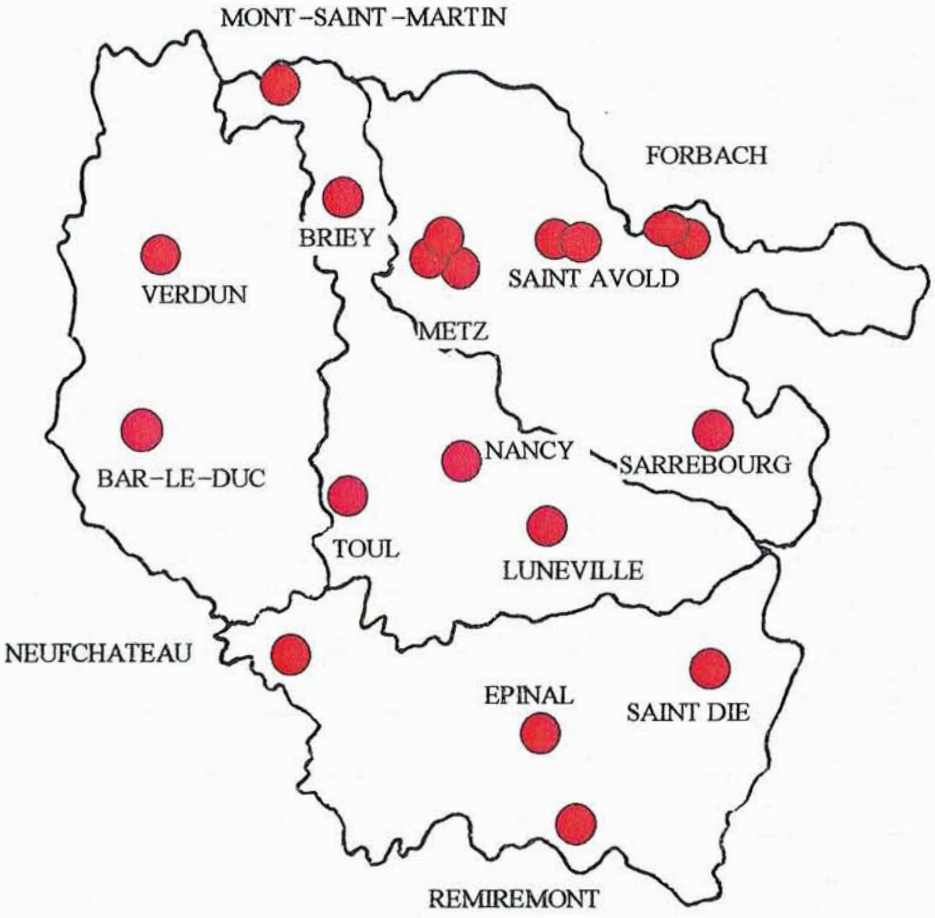
Au 15 Octobre 2000, les 2 enquêtes retournées dans les délais m'ont permis d'effectuer quelques modifications avant le questionnaire définitif.

Finalement, j'ai pu envoyer 200 questionnaires à 24 établissements lorrains disposant d'une activité en salle de naissances, soit 8 à 9 enquêtes par maternité. Celles-

ci étaient accompagnées d'une lettre adressée à la surveillante expliquant le but du questionnaire et fixant la date–butoir au 20 Novembre 2000, date que j'ai repoussée par la suite à la fin de l'année 2000.

I-3. POPULATION CONCERNEE :

Sur les 24 maternités sollicitées, 19 ont répondu en renvoyant « l'enveloppe–réponse » jointe à la lettre. Chaque courrier contenait de 2 à 8 questionnaires, avec une moyenne d'environ 4 réponses par enveloppe.



Maternités ayant répondu à l'enquête.

Le taux de réponses est donc de pratiquement 80% si l'on considère le nombre de maternités ayant répondu, ce qui est très satisfaisant.
Cependant, le nombre total de questionnaires reçus sur 200 envoyés est de 102, ce qui correspond à 51% de réponses.
Il faut préciser que ne connaissant pas le nombre exact de SF exerçant en salle de naissances dans chaque maternité, j'ai préféré envoyer un nombre plus large d'enquêtes tout en sachant que toutes ne seraient pas remplies.

En définitif, le nombre de 102 questionnaires est suffisant pour donner aux réponses une valeur statistique .

I-4. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire comporte trois parties.

I–4.1. Première partie :

Il s'agit de questions d'ordre général, au nombre de quatre, qui visent à mieux connaître les SF interrogées ainsi que l'environnement technique dans lequel elles exercent . Quel est le niveau de leur maternité, le nombre d'accouchements réalisés dans leur établissement ? Depuis combien d'années exercent-elles en salle de naissances ?

I–4.2. Deuxième partie :

Elle comporte 9 questions traitant du contexte de survenue d'une dystocie des épaules et de sa prise en charge concrète par les SF.
La première question « Pouvez–vous donner une définition simple de la « vraie » DDE ou « dystocie sévère » » est destinée à savoir si les SF font la distinction entre une dystocie modérée et une dystocie sévère, ce afin d'être sûre de parler « le même langage » dans la suite des réponses ; cette question vise également à montrer si leur définition est plutôt anatomique ou clinique.

Les questions 2 et 3 interrogent sur les éventuels antécédents permettant de prévoir une DDE, que ce soit pendant la grossesse ou au cours du travail. En existe-t-il et si oui quels sont-ils ?

Quant aux questions 4 à 6, elles traitent de la prise en charge concrète de la DDE par les SF, de façon à voir quelles actions sont mises en œuvre devant une DDE et dans quel ordre.

Enfin, à travers les questions 7, 8 et 9, j'ai voulu savoir comment les SF ont été préparées au cours de leur formation et de leur carrière pour réagir en cas de DDE. Jugent–elles leur enseignement suffisant ? Ont-elles à disposition dans leur service une conduite à tenir type devant une DDE ? Ressentent-elles le besoin de participer à une formation traitant de cet accident et de sa prise en charge actuellement ?

I–4.3. Troisième partie :

Cette dernière partie est en rapport avec le risque médico-légal encouru par les SF en cas de dystocie mais aussi de façon plus générale dans l'ensemble de leur profession .

Se sentent–elles concernées par ce sujet ? Ont-elles déjà été confrontées à des plaintes ? Quels éléments dégageront leur responsabilité en cas d'implication dans un procès suite à une DDE ?

II- PRESENTATION DES RESULTATS :

Il s'agit de présenter les résultats obtenus, question par question, à l'état « brut ». Je tenterai ensuite d'interpréter les réponses dans le paragraphe intitulé : « Analyse des réponses ».

II-1. QUESTIONS D'ORDRE GENERAL :

II-1.1. Questions 1 et 2 :

« Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? » ; « Depuis combien de temps exercez-vous en salle de naissances ?

Les SF ont de 6 mois à 32 ans de carrière en salle de naissances, certaines travaillant à la fois en salle de naissances et dans un autre service (suites de couches, etc). la plus ancienne diplômée l'est depuis 1968, les plus jeunes depuis Juin 2000.

CLASSIFICATION DES REPONSES PAR ANCIENNETE EN SALLE DE NAISSANCES :

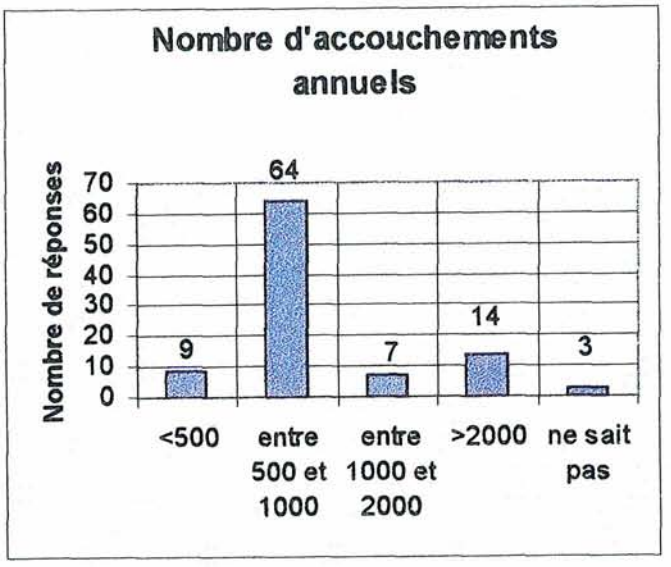
Moins de 5 ans :	27	De 15 à 19 ans :	26
De 5 à 9 ans :	18	De 20 à 24 ans :	9
De 10 à 14 ans :	15	25 ans et plus:	7

Les SF concernées par cette l'enquête ont en moyenne 11,5 années d'exercice, les plus nombreuses à avoir répondu sont celles ayant moins de 5 ans d'ancienneté ou bien de 15 à 19 ans d'ancienneté.

II-1.2. Question 3 :

« Quel est le nombre d'accouchements annuels réalisés dans votre établissement ?

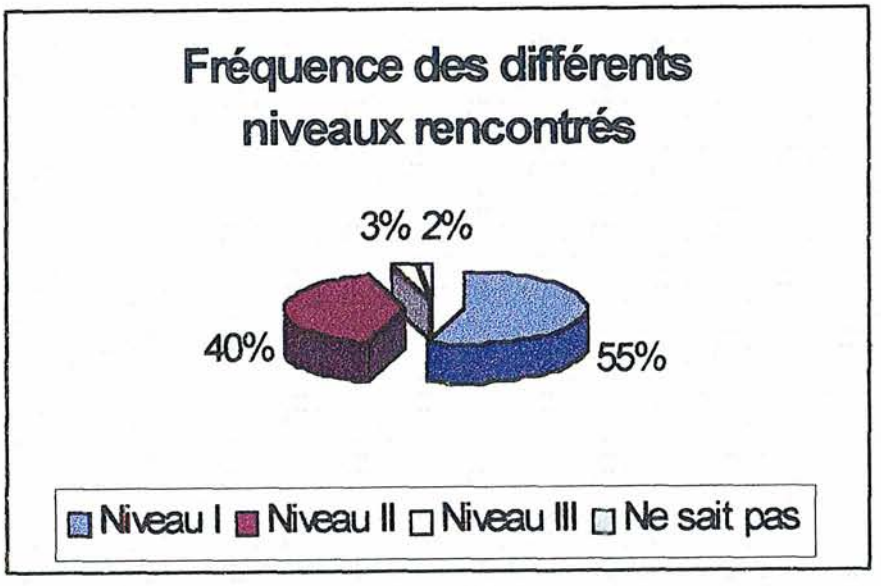
Toutes maternités confondues, le nombre d'accouchements annuels moyen est de 963 , et la majorité des enquêtes concerne des SF travaillant dans des maternités réalisant de 500 à 1000 accouchements par an, donc d'activité modérée.



II-1.3. Question 4 :

« La maternité dans laquelle vous exercez est-elle de niveau I, II ou III ? »

Le diagramme qui suit montre la répartition des différents niveaux de maternités dans lesquels les SF de notre enquête exercent.



On constate donc que la majorité des SF interrogées travaillent dans une maternité de niveau I, c'est-à-dire n'ayant pas de service de néonatologie.

II-1.4. Comparaison ancienneté des sages-femmes et niveau des maternités :

Ce tableau compare le temps d'exercice moyen des SF en salle de naissances avec le niveau de la maternité dans laquelle elles exercent :

	Temps d'exercice moyen (en années)	Nombre de S.F.
Niveau I	13	56
Niveau II	9,5	41
Niveau III	10,5	3

Il faut exclure les résultats obtenus pour les 3 SF travaillant dans des maternités de niveau III, compte tenu du faible nombre de réponses et donc de la mauvaise valeur statistique de ces chiffres.

Le principal enseignement de ce tableau est que les SF les plus expérimentées se situent statistiquement davantage dans les établissements de niveau I ; 13 ans d'exercice en moyenne pour celles exerçant dans des maternités de niveau I via 9,5 années d'expérience pour celles de niveau II.

II–2. QUESTIONS EN RAPPORT AVEC LE CONTEXTE DE SURVENUE DE LA DDE ET SA PRISE EN CHARGE CONCRETE :

II.2.1. Question 1 :

« Pouvez-vous donner une définition simple de la « vraie » DDE ou « dystocie sévère » ? »

Sur 102 SF,97 ont répondu à cette question ; leurs éléments de définitions sont :

♦ D'un point de vue anatomique ou mécanique :

– le « non engagement des épaules au détroit supérieur (DS) » : ----------cité 59 fois

– le « non engagement d'une des épaules au DS » :----------10 fois

– l' « incompatibilité entre le diamètre bi acromial et le diamètre du DS » :---------- 9 fois

– la « disproportion fœto-pelvienne » : ---------- 2 fois

♦ D'un point de vue clinique ou fonctionnel :

– la « tête aspirée à la vulve ou faisant ventouse sur le périnée » : ----------24 fois

– « survient après expulsion de la tête ou dégagement » : ----------21 fois

– la « difficulté ou l'impossibilité à dégager les épaules »,
ou l'« arrêt aux épaules » : ---------- 18 fois

– « arrêt de progression du mobile ou de la tête fœtale » : ---------- 6 fois

– la « tête cyanosée ou violacée » : ----------3 fois

– l'« absence d'épaule au toucher vaginal » : ----------1 fois

♦ D'un point de vue restrictif :

– « non réductible en dehors de toute manœuvre » : ---------- 5 fois

– « mouvement de restitution impossible » : ---------- 4 fois

♦ Enfin, du point de vue de l'urgence :

– « complication brutale, imprévisible, urgence obstétricale majeure » ---------- 9 fois

– « pronostic vital de l'enfant mis en péril, asphyxie aiguë » : ----------2 fois

Les principaux éléments de définitions cités sont finalement résumés dans le tableau suivant, la définition anatomique étant celle qui prédomine :

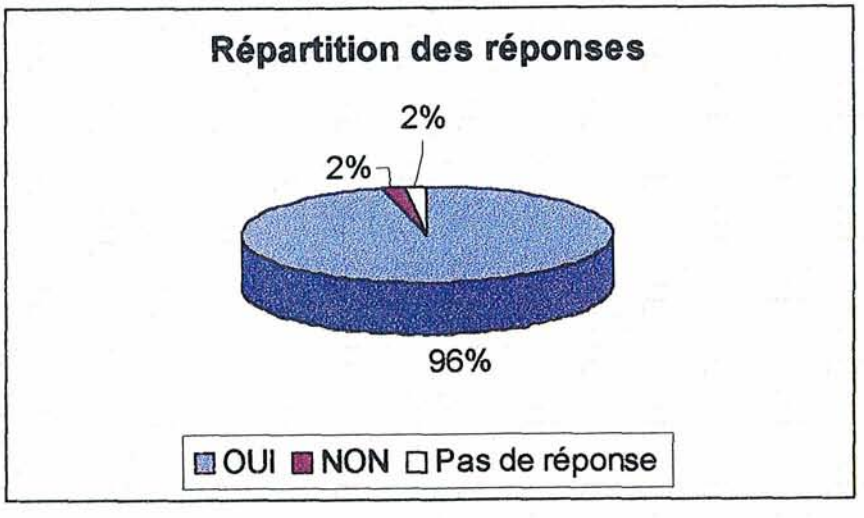
PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DÉFINITION CITÉS CARACTÉRISANT LA DDE	NOMBRE DE CITATIONS
Non engagement des épaules au détroit supérieur	**59**
Tête aspirée à la vulve ou faisant ventouse sur le périnée	**24**
Survenant après expulsion de la tête ou dégagement	**21**
Difficulté à dégager les épaules ou « Arrêt aux épaules »	**18**

II.2.2. Question 2 :

« Selon vous, existe-t-il chez les patientes des antécédents généraux et /ou en rapport avec la grossesse permettant de prévoir une éventuelle DDE ?

Si oui, quels sont-ils ? »

La grande majorité des SF est donc d'accord pour dire qu'il existe des facteurs qui, pendant la grossesse, permettraient de prévoir une DDE.



Les facteurs cités sont nombreux, les plus fréquents étant ceux qui suivent, classés de bas en haut par ordre décroissant sur le graphique .

Il s'agit en premier lieu de la macrosomie fœtale pour la grossesse en cours, diagnostiquée ou non à l'échographie, relevée dans 73 enquêtes.

61 SF considèrent ensuite le diabète, qu'il soit maternel (insulino-dépendant ou non) ou gestationnel comme un facteur de risque important.

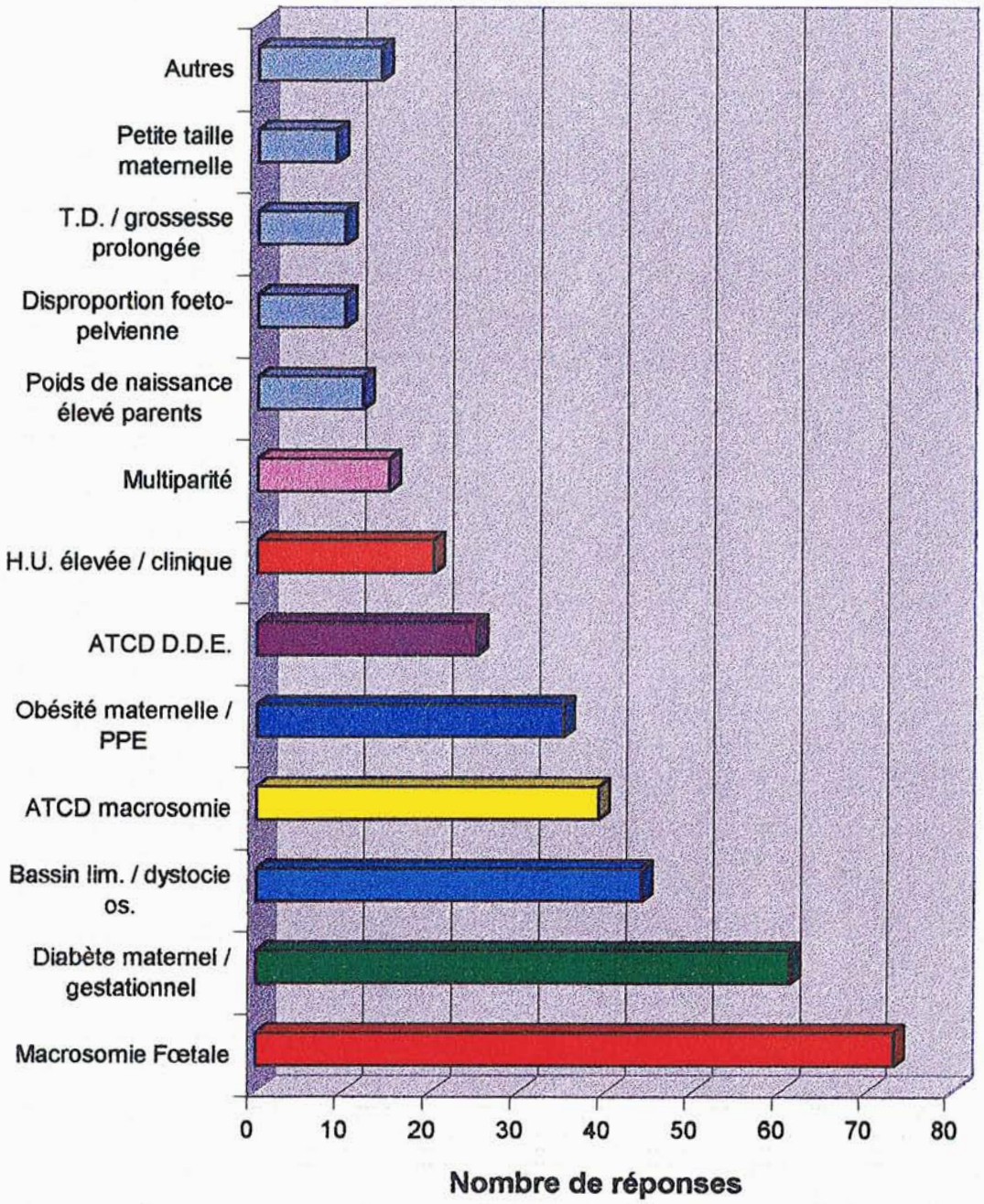
Puis viennent les bassins limites et les dystocies osseuses (44 citations), suivis de près par les antécédents de macrosomie lors des grossesses antérieures (39 fois).

L'obésité maternelle ou la prise de poids excessive (35), les antécédents de DDE (25), une hauteur utérine élevée à l'examen clinique (20) ainsi que la multiparité (15) apparaissent également comme facteurs prédisposant à une DDE.

En dernier lieu sont inculpés le poids de naissance élevé des parents (12), les disproportions fœto-pelviennes (10), les termes dépassés ou les grossesses prolongées (10), ainsi que les femmes de petite taille (9).

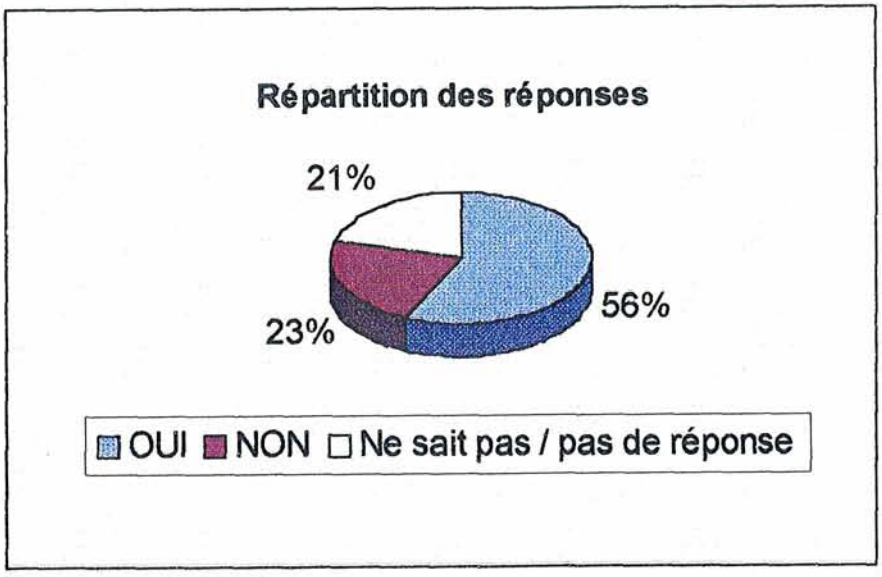
On peut encore citer les antécédents de forceps ou d'extraction instrumentale (4), les présentations hautes en fin de grossesse (3), l'origine ethnique (1), la primiparité (1).

Antécédents généraux ou en rapport avec la grossesse permettant de prévoir une éventuelle D.D.E.



II-2.3. Question 3 :

« Au cours du travail et de l'expulsion, existe-t-il des évènements favorisant la survenue d'une DDE ? »

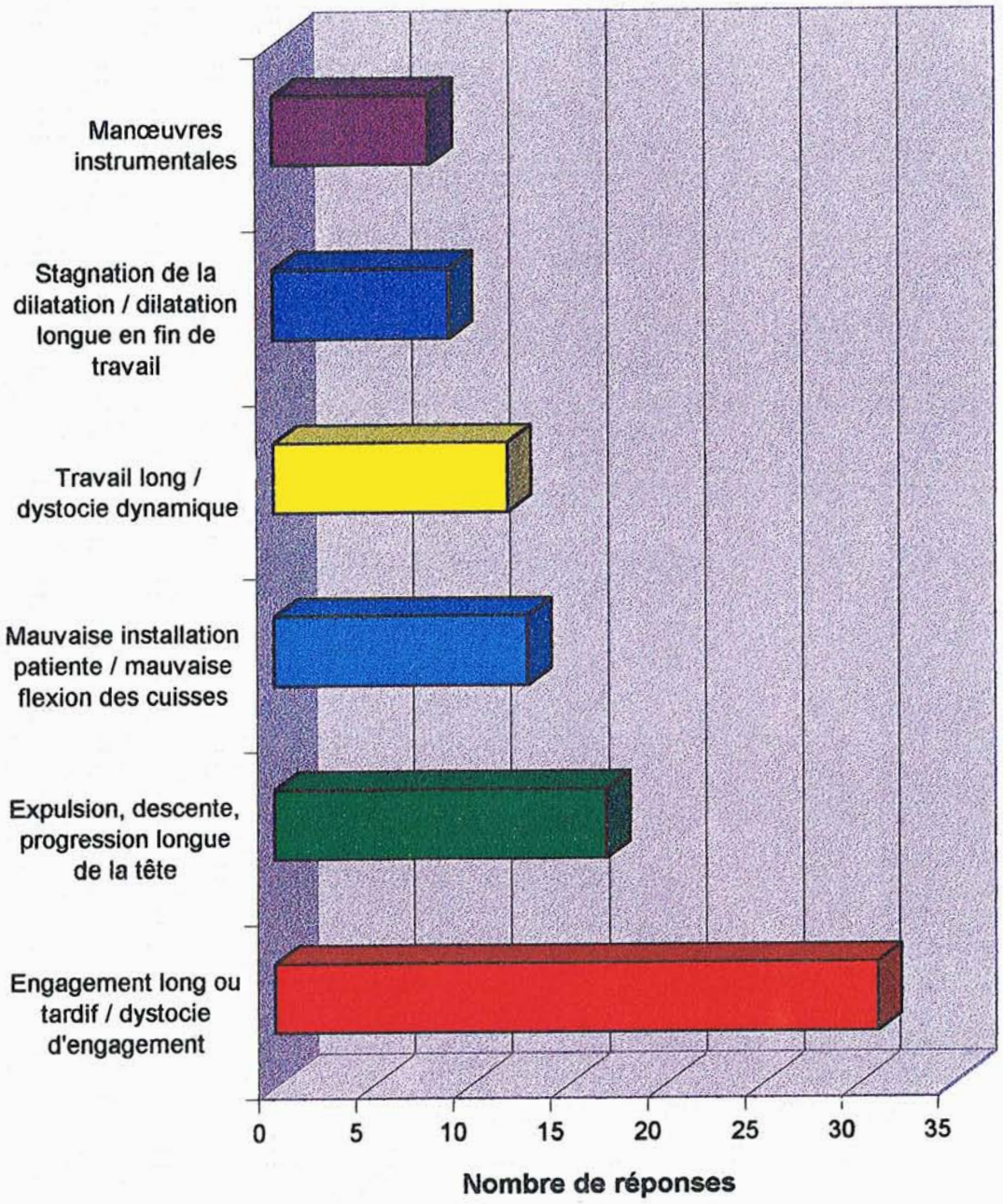


On constate qu'à cette question, les avis des SF sont déjà plus partagés ; 58 pensent qu'il existe pendant le travail des évènements favorisant la survenue d'une DDE, 23 affirment qu'il n'y en a pas et les 21 restantes ne savent pas ou ne donnent pas de réponse.

Sur les 58 SF citant des facteurs de risque de DDE au cours du travail, est retrouvé en premier lieu la dystocie d'engagement (31 fois citée), suivie de la progression lente de la tête (17), puis de la mauvaise installation de la patiente (13) ; ensuite sont incriminés le travail long ou la dystocie dynamique (12), la stagnation de la dilatation notamment en fin de travail (9) ainsi que les manœuvres instrumentales lors de l'expulsion (8).

D'autres antécédents sont encore nommés par les SF : le fait de faire pousser trop tôt (3), la bosse séro-sanguine ou modelage de la tête (3), la fatigue maternelle ou la difficulté des efforts expulsifs (3), un liquide amniotique méconial (3), un débord sus-symphysaire (2), la panique maternelle combinée à des mouvements désordonnés (2), l'absence d'épisiotomie (2), ou encore l'expression (1), l'expulsion rapide (1) .

Evènements favorisant la survenue d'une D.D.E. au cours du travail et de l'expulsion



II-2.4. Question 4 :

« Devant une DDE avérée, quelle pratique adoptez-vous et dans quel ordre ? »

Les réponses proposées étaient la « manœuvre de Jacquemier », la « manœuvre de Wood », la « manœuvre de Mac Roberts », une « traction sur la tête fœtale », l' « expression sur le fond utérin », la « pratique d'une large épisiotomie » et « autre réponse ».

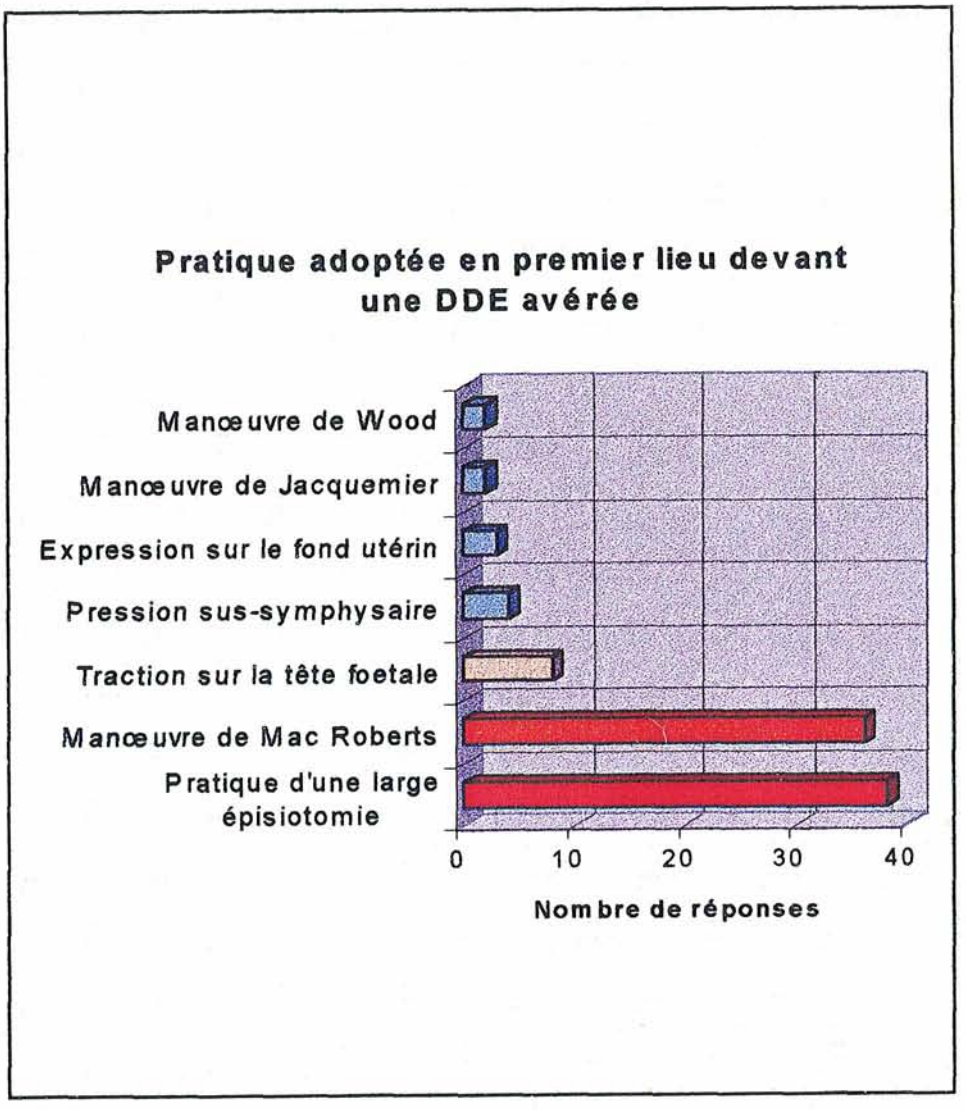
Les pratiques le plus de fois adoptées, –qu'elles soient citées en premier ou en dernier lieu–, sont récapitulées par ordre décroissant de fréquence de citations dans le tableau qui suit.

PRATIQUES ADOPTEES PAR LES SAGES–FEMMES LORS D'UNE DDE AVÉRÉE	NOMBRE DE CITATIONS
Manœuvre de Jacquemier	**92**
Manœuvre de Mac Roberts	**78**
Pratique d'une large épisiotomie	**76**
Pression sus–symphysaire	**46**
Traction sur la tête fœtale	**42**
Expression sur le fond utérin	**40**
Manœuvre de Wood	**33**
Mouvement exagéré de restitution	**7**

La manœuvre la plus citée est celle de Jacquemier (92 fois), suivie par la manœuvre de Mac Roberts (78) et la pratique d'une large épisiotomie (76). Après viennent la pression sus-symphysaire (46), la traction sur la tête fœtale (42), l'expression sur le fond utérin (40), la manœuvre de Wood (33) et le mouvement exagéré de restitution (7).

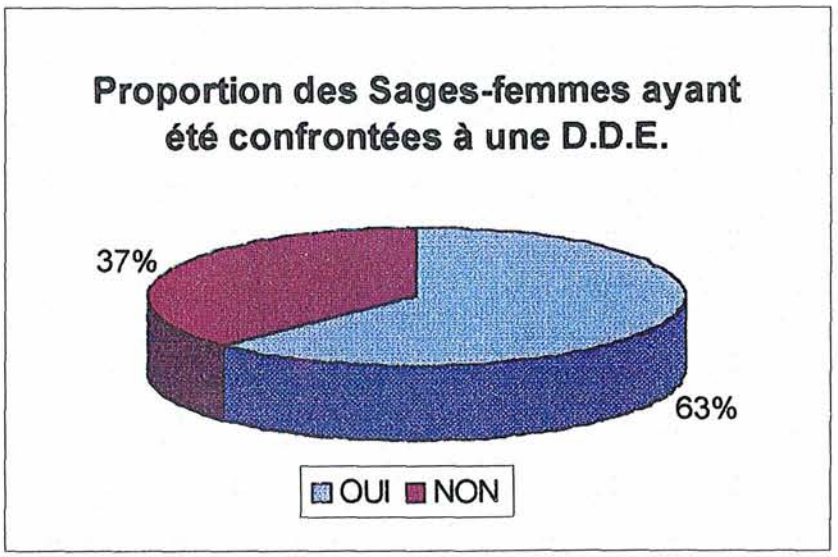
D'autres pratiques sont encore précisées : il s'agit de la manœuvre de Couder (2 fois citée), de la manœuvre de Zavanelli ou césarienne de sauvetage (2), d'une rotation dans le sens contraire du mouvement de restitution (2), d'une traction vers le bas (1) ou encore de la fracture volontaire de la clavicule (1).

Maintenant, s'agissant de la <u>première pratique adoptée</u> devant une DDE constituée, la pratique d'une large épisiotomie (38) et la manœuvre de Mac Roberts (36) arrivent largement en tête. Il faut tout de même noter les 8 SF qui, ayant posé le diagnostic de DDE commencent d'emblée par exercer une traction sur la tête fœtale.



II-2.5. Question 5 :

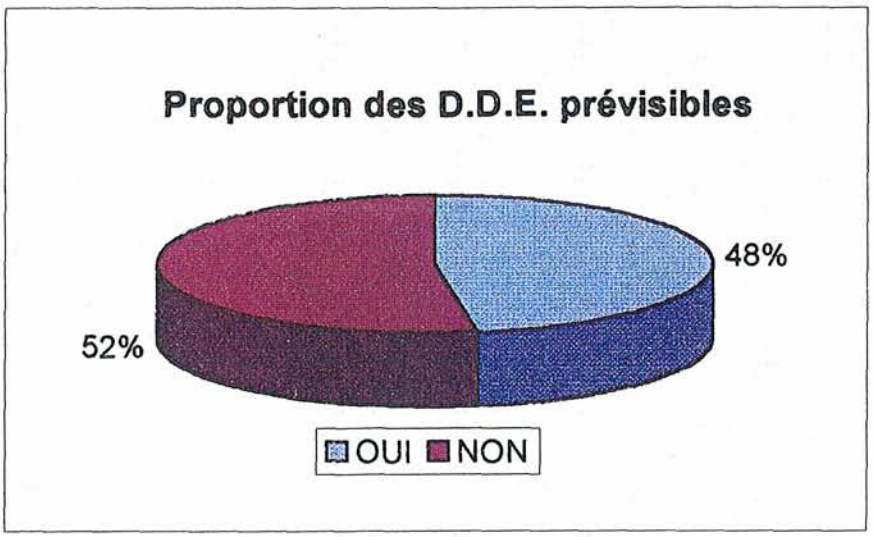
« Avez-vous déjà été confronté(e) à une DDE ? ...»



Une large majorité de SF (68 sur 102) s'est donc déjà vue confrontée à une DDE.

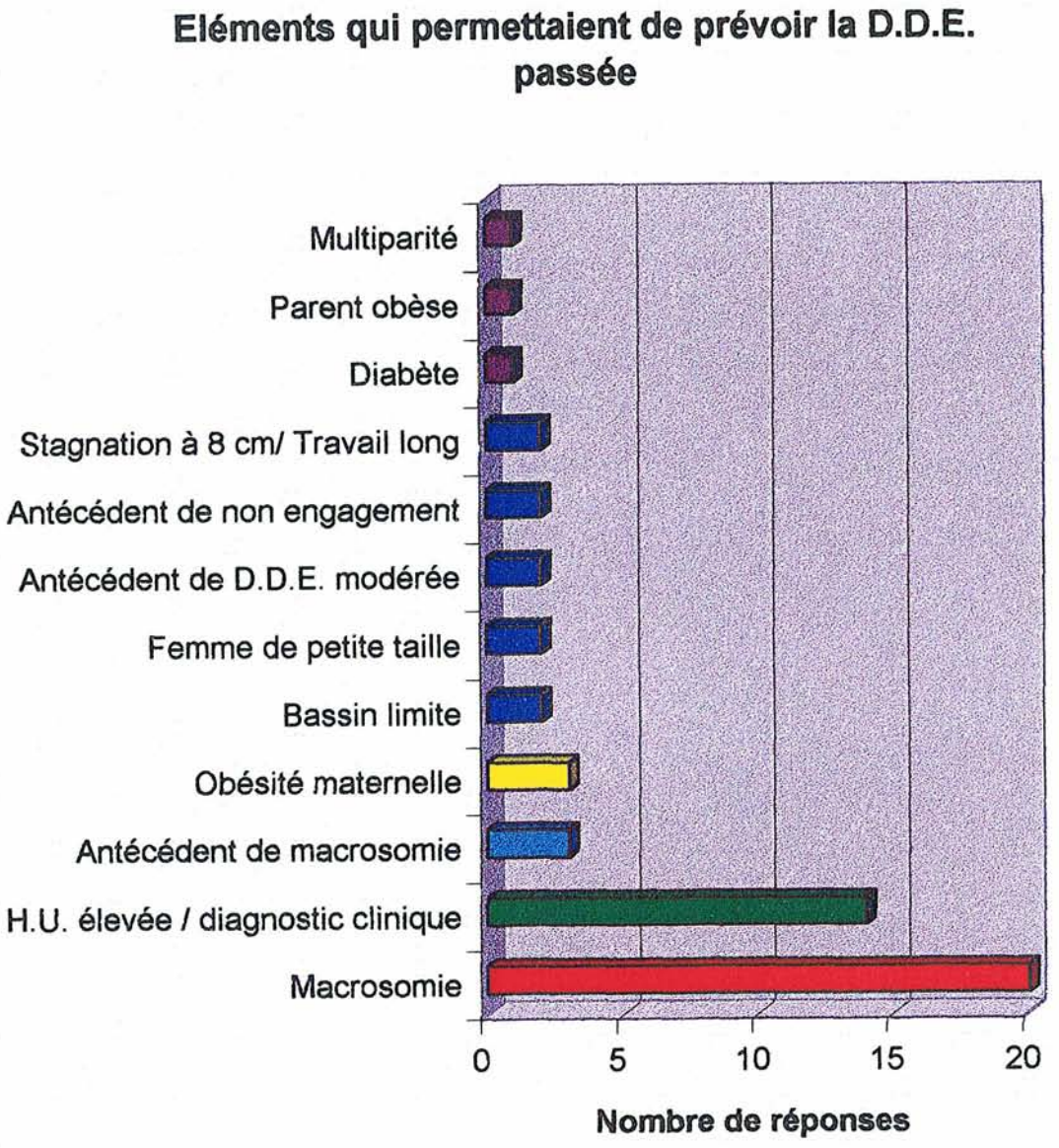
«...Si oui, cette DDE était-elle prévisible ? ... »

Sur les 68 SF ayant déjà été confrontées à une DDE, la proportion des DDE qui étaient prévisibles ou dont des éléments pouvaient laisser prévoir une dystocie est la suivante :



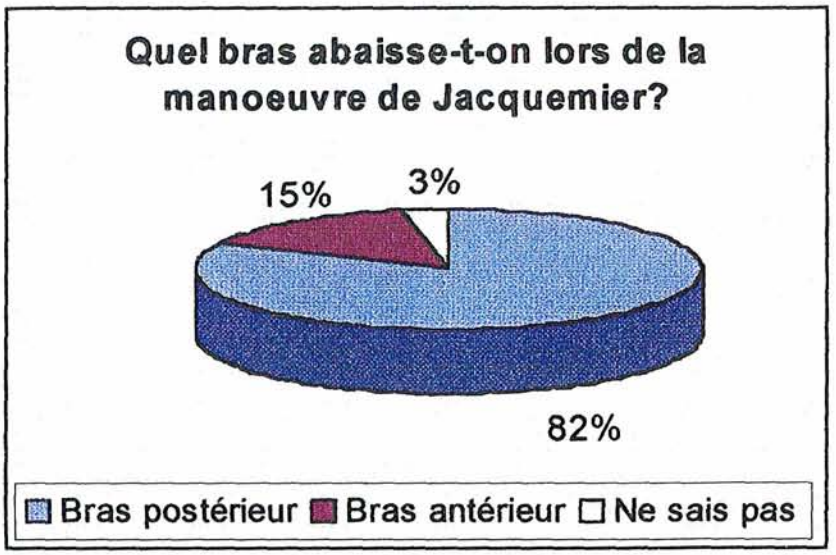
« … Quels étaient les éléments permettant de la prévoir ?… »

Sur 64 DDE, 35 sont en effet survenues dans un contexte où des antécédents favorisants pouvaient être mis en évidence, les 2 principaux étant la macrosomie (citée 19 fois) ainsi qu'une hauteur utérine élevée à la clinique (12 fois). Les différents éléments retrouvés sont résumés dans le diagramme qui suit.



II-2.6. Question 6 :

« Lors de la réalisation de la manœuvre de Jacquemier, faut-il abaisser le bras postérieur ou antérieur ?(possibilité de cocher la case « ne sait pas ») ».

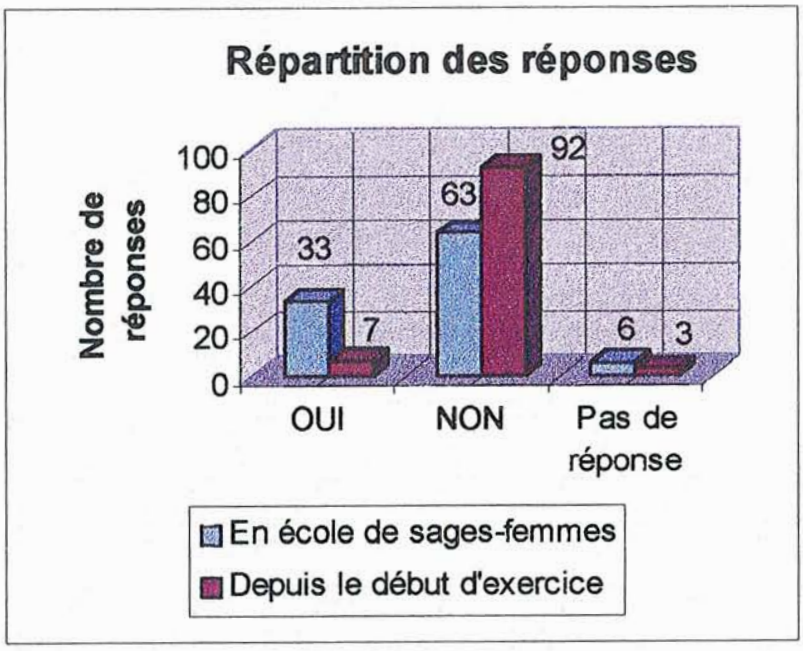


82 % des SF savent qu'il s'agit d'abaisser le bras postérieur lors de la réalisation de la manœuvre de Jacquemier ; 18 %, soit presque 1 SF sur 5, ne donnent pas de réponse ou disent qu'il s'agit d'abaisser le bras antérieur.

II-2.7. Question7 :

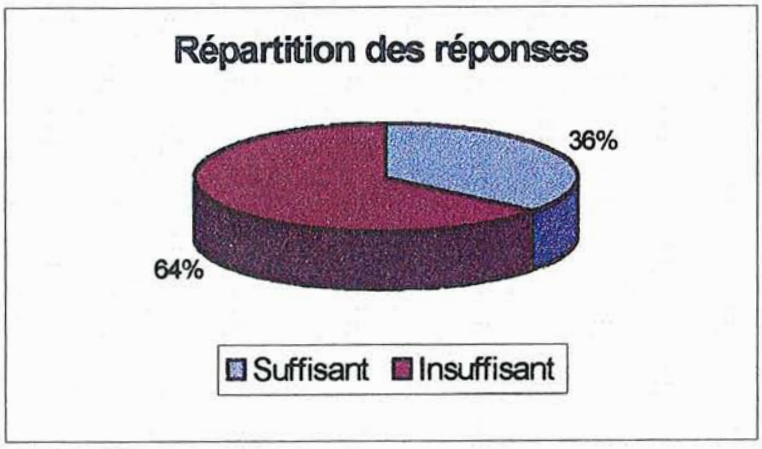
« Avez-vous déjà suivi des formations pratiques (avec mannequins) sur la conduite à tenir (C.A.T.) vis-à-vis d'une DDE ? → lors de votre formation en école de sages-femmes ? → depuis que vous exercez ? ... »

Toutes SF confondues, c'est-à-dire quelle que soit leur ancienneté ou leurs années d'études, seulement 33 (soit un tiers) ont suivi une formation pratique concernant la C.A.T. face à une DDE pendant leurs études, 7 depuis le début de leur exercice.



Les SF ayant suivi une formation pratique sont donc très minoritaires.

« ...Si oui, avez-vous jugé cet enseignement suffisant ? Argumentez votre réponse. »



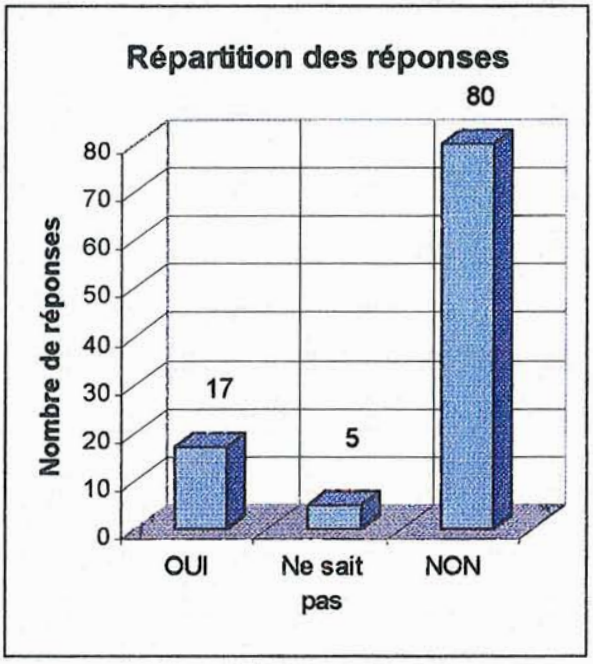
Sur les 47 réponses recueillies : ♦ 17 SF jugent leur enseignement suffisant, qu'il ait eu lieu en école de SF ou depuis l'exercice de leur profession.

Elles précisent néanmoins la nécessité de formations pratiques régulières (3 fois cité), ainsi que le besoin de remise en mémoire des gestes (2 fois) ; l'une d'elles ajoute encore que les formations pratiques ne sont pas toujours applicables sur le terrain.

♦ 30 SF pensent que leur enseignement est insuffisant, et justifient leur réponse surtout par le fait qu'elles n'aient eu aucune pratique sur mannequin (8 fois cité), qu'il leur manque des formations pratiques plus régulières (5) et la remise en mémoire des gestes concrets (3), que leur formation a été « trop courte » (3).

II-2.8. Question 8 :

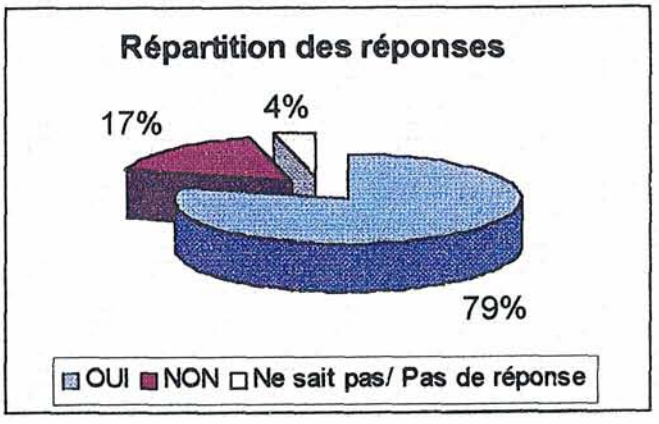
« Avez-vous connaissance d'un protocole ou « arbre décisionnel » dans votre service concernant la conduite à tenir en cas de DDE ? »



Seules 17 SF affirment qu'il existe dans leur service un protocole ou un arbre décisionnel en rapport avec la conduite à tenir en cas de DDE ; 5 ne savent pas ou ne se sont jamais posé la question ; enfin, la plus grande majorité, c'est-à-dire 80 SF sur 102 interrogées n'ont pas de référence écrite sur laquelle se baser dans leur service.

II-2.9. Question 9 :

« Ressentez-vous le besoin de participer à une formation théorique et/ ou pratique actuellement ? Commentaires : ».



En résumé, à ce jour, c'est la grande majorité des SF qui ressent la nécessité ou le besoin de suivre une formation théorique ou pratique.

♦ Parmi celles ayant répondu non, certaines précisent que :

– « Le terme de « besoin » est peut-être un peu fort » ; d'autres qu'elles ont eu :

– « une formation récente » ; plusieurs :

– ne sont pas persuadées que cela change les choses étant donné que « les manœuvres pratiquées non régulièrement ne sont pas maîtrisées ». Enfin, une écrit en commentaire :

– « Ne sert à rien car médecin sur place ».

♦Concernant les SF ressentant le besoin de participer à une formation, voici quelques-uns de leurs commentaires :

– « entraînement nécessaire ; la théorie reste insuffisante face à la pratique » ;

– « besoin de se rassurer sur les gestes à effectuer et les priorités à donner en cas de DDE » ;

– « importance de revoir régulièrement les pratiques » ;

– « Ces situations sont tellement rares, mais si dramatiques lorsqu'elles surviennent, qu'il faut absolument faire des démonstrations avec mannequins. C'est toujours facile de parler théorie, mais en pratique comment réagissons-nous ? » ;

– « La formation pratique devrait être obligatoire pour toutes les SF. L'employeur devrait être obligé d'envoyer les SF de salle de naissances en formation car même si la formation continue des SF est un devoir, je doute fort que ce soit une réalité. » ;

– « Les ateliers manœuvres devraient faire partie de la formation continue obligatoire avec un rythme régulier. » ;

– « établir un protocole… » ;

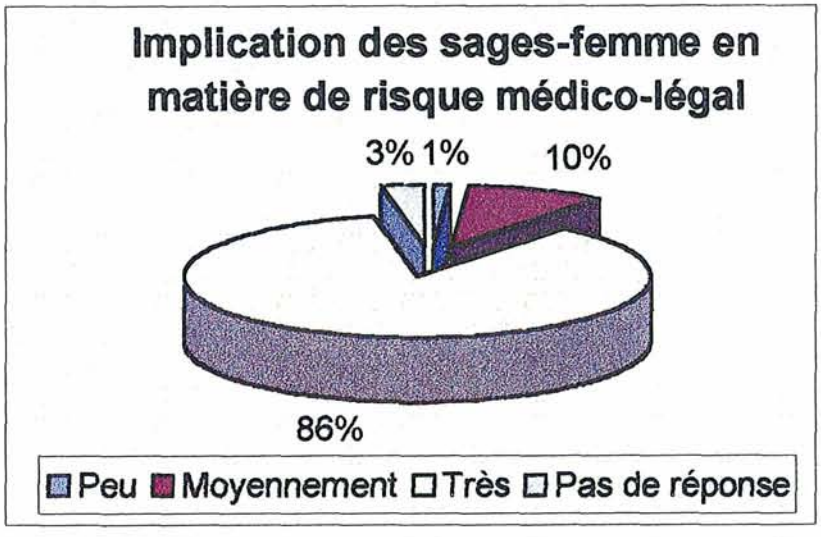
– « ouverte à toute proposition » ;

– « Vu l'évolution en matière médico-légale…, on doit être tenu à une obligation de moyens et de formation. ».

II-3. LA SAGE-FEMME FACE AU MEDICO-LEGAL :

II-3.1. Question 1 :

« En matière de « risque médico-légal » en général, vous sentez-vous peu, moyennement ou très concerné(e) ? »



La majorité des SF (86 %) se sent très concernée en matière de risque médico-légal . Sur les 13 % des SF se qualifiant de « moyennement » ou « peu » concernées ou ne donnant pas de réponse, fréquence de réponses pouvant paraître relativement élevée, une justifie sa réponse par le fait qu' « il ne faut se laisser paralyser par la terreur permanente de la plainte ».

II-3.2. Question 2 :

« Avez-vous déjà été confronté(e) à une plainte ?, à une menace de plainte ?
Si oui, combien de temps après l'accident ou l'incident ?
Quel était le motif ou contexte de la plainte ? »

Sur 102 enquêtes, 13 SF ont un jour été confrontées à une menace de plainte, 9 à une plainte ; les motifs étaient les suivant :

→ concernant les menaces de plainte :

Contexte de la menace de plainte	**Délai entre l'incident ou l'accident et la menace de plainte (par durée chronologique)**
Souffrance neurologique après ventouse	Inconnu
Procidence du cordon	Inconnu
Ventouse trop longue	Immédiat
Tracé pathologique durant le travail	1 jours
Fracture spontanée de l'humérus et déformation de la face par malposition intra-utérine	2-3 jours
Décès d'un enfant consécutif à une hémorragie	1 semaine
Procidence du cordon	1 semaine
Enfant mort-né suite à un hématome rétro-placentaire	3 semaines
Enfant prématuré décédé secondairement dans un contexte infectieux	9 mois

→ s'agissant des plaintes :

Motif/ Contexte de la plainte	Délai entre l'incident ou l'accident et la plainte (par durée chronologique)
Mort fœtale in-utéro	Immédiat
Patiente et fœtus décédés suite à une embolie amniotique	1 semaine
Retard à la prise en charge d'un enfant	2-3 mois
Handicap moteur et cérébral suite à une souffrance fœtale aiguë	6 mois
Complication d'une I.V.G.	1 an
Décès d'un enfant suite à une procidence du cordon	1 an
Enfant handicapé suite à une ventouse difficile	5 ans

Environ 21 % des SF répondant à l'enquête se sont vues confrontées à une plainte ou une menace de plainte, soit plus d'une sur 5.

Parmi les 102 enquêtes, aucune plainte en rapport avec une DDE n'est relevée ; les motifs de plaintes sont le plus souvent en rapport avec un préjudice subi par le fœtus, l'enfant ou sa mère, allant de séquelles modérées jusqu'au décès.

Le délai entre l'incident ou l'accident et la plainte ou la menace de plainte est quant à lui très variable, allant de la plainte déposée immédiatement jusqu'à 5 années plus tard pour l'ensemble des enquêtes recueillies.

II-3.3. Question 3 :

« Selon vous, quels sont les éléments importants, au niveau du dossier médical ou ailleurs, qui dégageront votre responsabilité si vous êtes impliqué(e) dans un procès suite aux complications d'une DDE ? ».

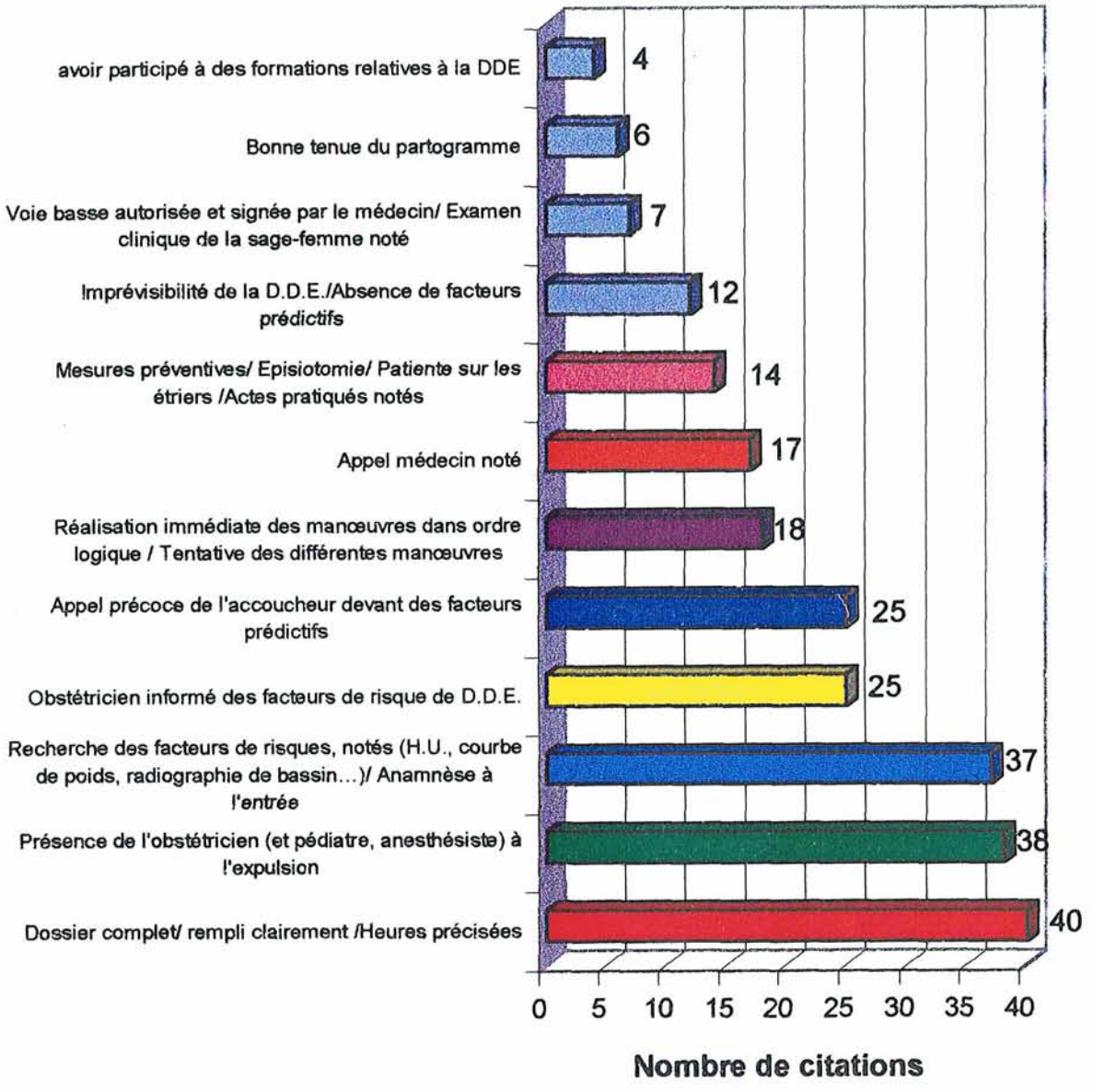
Lors d'une implication dans un procès suite à une DDE, les éléments apparaissant comme les plus importants aux yeux des SF sont les suivants:

♦ Au niveau du dossier médical : un dossier complet et rempli clairement, avec une précision horaire, l'appel du médecin noté, ainsi qu'un examen clinique de la SF ou du médecin à la visite du 9ème mois ou à l'entrée en salle de travail, autorisant ou non la voie basse, noté et signé ;

♦ Par ailleurs, la présence de l'obstétricien à l'expulsion, le fait de l'avoir informé préalablement des risques de DDE, de l'avoir appelé précocement devant des facteurs prédictifs, ou encore d'avoir mis en place des mesures préventives et débuté la réalisation des différentes manœuvres sont cités comme des éléments importants permettant de dégager la responsabilité des SF. Ces dernières citent aussi le caractère imprévisible de la DDE, la preuve de leur participation à des formations pratiques relatives à la prise en charge de la DDE, ou encore le fait d'avoir suivi le protocole du service, éléments qui joueront également en leur faveur en cas d'implication dans un procès. Enfin, 3 évoquent l'importance des témoins et du soutien de l'équipe.

Les différents éléments et leur fréquence de citations sont résumés sur le graphique qui suit.

Eléments importants permettant de dégager sa responsabilité en cas d'implication dans un procès relatif à une DDE



TROISIEME PARTIE :

TRAITEMENT, PREVENTION...

SOLUTIONS ?

I- INTERPRETATION DES RESULTATS :

Dans le paragraphe qui suit, nous allons mettre en évidence les points essentiels qui ressortent de l'enquête ; il faut pour cela tenir compte du contexte dans lequel ont été posées les questions, afin de resituer les résultats obtenus.
Nous pourrons ensuite comparer nos résultats à ceux d'une enquête récente.

I-1. SYNTHESE DE L'ENQUETE :

Il nous paraît utile de rappeler à quoi correspondent les différents « niveaux » des maternités. C'est en effet dans le cadre du plan périnatalité du gouvernement (1995-2000) qu'un texte de l'Automne 1998 précise l'intérêt de répertorier les maternités en « niveau », ce afin de déterminer la nature des soins que les maternités sont autorisées à pratiquer ainsi que leur place dans le réseau :

- « suivi local » : il concerne les centres de périnatalité de proximité, ne réalisant pas d'accouchement ; je n'ai donc envoyé aucun questionnaire dans ces maternités ;
- « niveau 1 » : il correspond aux maternités réalisant plus de 300 accouchements par an, qui suivent des grossesses normales et prennent en charge des enfants sans problèmes particuliers .
- « niveau 2 » : ce sont les maternités ayant une activité de néonatologie, ainsi qu'un service de soins spécialisés pour les nouveaux-nés à risque.
- « niveau 3 » : il correspond aux maternités possédant en plus un service de réanimation néonatale.

A l'Automne 1999, sur l'ensemble du territoire français, 54% des lits correspondaient à des maternités de niveau 1 et 46% de niveaux 2 et 3 [ ].
Les SF interrogées dans mon enquête respectent donc la proportion des différents niveaux puisque 56 SF ayant répondu sont issues de maternités de niveau 1 et 44 de niveaux 2 et 3.

• En revanche, on peut s'interroger sur le peu de réponses des SF exerçant en maternité de niveau 3 (3 seulement) : peut-être se sentent-elles moins concernées par la DDE, celles-ci se trouvant dans des centres disposant d'un obstétricien sur place 24

heures sur 24 ; ou bien aussi sont-elles plus sollicitées pour répondre à de multiples enquêtes du fait qu'elles travaillent dans des Centres Universitaires.

• Lorsque sont comparés ancienneté des SF et niveau des maternités, on constate que les SF de niveau 1 ont plus d'ancienneté. Je peux en déduire qu'elles sont plus expérimentées, et sauront mieux réagir à une DDE, ou au contraire que leur enseignement est plus lointain et donc qu'elles sont moins préparées si elle n'ont pas participé récemment à des formations continues.

• Si je me rapporte aux définitions données dans la première partie, je remarque que tous les éléments de réponse donnés appartiennent à la définition de la vraie DDE. Les réponses sont majoritairement anatomiques, seule une SF cite l'absence d'épaule au TV profond comme élément de diagnostic ; pourtant, si l'on se réfère à la littérature, seul ce TV peut poser le diagnostic de certitude de vraie DDE, mais il est facile d'imaginer que dans la réalité, ne pouvant à peine glisser un doigt entre la tête fœtale et la vulve maternelle, un TV profond est loin d'être commode à réaliser.

• 96 % des SF citent des antécédents généraux et / ou en rapport avec la grossesse permettant de prévoir une éventuelle DDE ; ces facteurs de risques correspondent à ceux de la littérature, il en est de même s'agissant des fréquences de citations.

• Les avis sont plus partagés lorsqu'il s'agit de citer des facteurs prédictifs apparaissant au cours du travail et de l'expulsion, puisque 54 % pensent qu'il n'y a pas d'événement favorisant la survenue d'une DDE durant cette période, ce qui est faux. Des éléments très importants doivent savoir être repérés au cours du travail, principalement l'allongement de la deuxième phase du travail ou encore un engagement long ou tardif (cf. première partie du mémoire).

• Au niveau de la pratique adoptée par les SF confrontées à une DDE avérée, les résultats obtenus sont difficilement interprétables du fait d'un classement chronologique des pratiques donné par chaque SF.

Il en ressort cependant d'un point de vue positif que la grande majorité adopte les manœuvres de Jacquemier et de Mac Roberts.
Par contre, la large épisiotomie pratiquée par 76 SF sur 102 lorsque la DDE est déjà constituée survient trop tard, d'autant plus qu'elle est alors difficilement réalisable ; surtout, il est à déplorer que 8 SF commencent d'emblée par exercer une traction sur la tête fœtale lorsqu'elles sont en présence d'une DDE avérée, alors que l'on connaît les séquelles parfois irrémédiables qu'une telle attitude peut engendrer.

• A cette question « Avez-vous déjà été confronté(e) à une DDE », je n'ai pas précisé s'il s'agissait d'une DDE sévère ou modérée ; cependant, les SF connaissant bien dans l'ensemble la définition de la « vraie » DDE ou DDE « sévère », on peut en déduire que celles ayant répondu positivement à cette question se sont vues confrontées à la DDE sévère. Cependant, statistiquement, la large majorité de SF s'étant déjà vue confrontée à une DDE paraît trop importante pour qu'il s'agisse de la DDE sévère.
Les DDE qui étaient prévisibles (48 %) rejoignent la proportion de DDE prévisibles dans la littérature, où plus de 50 % des DDE surviennent alors qu'aucun facteur de risque notable n'était présent.

• La manœuvre de Jacquemier n'est pas connue pour au moins un cinquième des SF puisque 16 d'entre elles pensent qu'elle consiste à abaisser le bras antérieur, ce qui est faux : si la manœuvre n'est pas connue en théorie, que peut-il en être de la pratique dans un contexte d'urgence et de stress ?
La méconnaissance ou mal-connaissance des manœuvres peut être reliée au fait que plus de la moitié des SF ne se sont jamais exercées aux manœuvres sur mannequins à réaliser en cas de DDE.
D'ailleurs, 80 % des SF ressentent le besoin de participer à une formation théorique et/ ou pratique

• D'autre part, il n'existe pas de protocole de référence formalisé concernant la CAT en cas de DDE dans la plupart des maternités (80 SF sur 102 interrogées) ; cela constitue à mes yeux un point faible étant donné leur prise en compte lors des procès, que nous évoquerons un peu plus loin.

• La grande majorité des SF se sent très concernée en matière de risque médico-légal.

Aucune des SF ayant répondu à l'enquête ne s'est vue confrontée à une plainte ou à une menace de plainte suite à une DDE, ce qui est plutôt rassurant ; aucune atteinte du PB n'est rapportée mais une proportion relativement importante de SF (21 %) a été mêlée de près ou de loin à une plainte.

• Enfin, les SF semblent conscientes des éléments importants qui au niveau du dossier médical (ou sur le monitoring) permettent de se protéger en cas d'implication dans un procès ce qui, je pense, devient de plus en plus important de nos jours pour pouvoir exercer sereinement.

I-4. COMPARAISON DES RESULTATS A CEUX D'UNE ENQUETE RECENTE :

En Septembre 1998, le docteur Henri Cohen (Institut Mutualiste Montsouris, Paris 14ème) a réalisé une enquête sur la DDE auprès des maternités de la région Ile-de-France.

Ses principaux résultats sont parus dans la revue « Profession sage-femme » de Décembre 1998 **[22]**.

34 établissements représentant 50 000 naissances annuelles ont répondu au questionnaire.

• Sur 34 maternités, 26 disposent d'une procédure de service en cas de DDE, ce qui est nettement au-dessus des résultats de mon enquête où seules 3 maternités sur les 19 ayant répondu peuvent se référer à un arbre décisionnel.

• Les équipes parisiennes placent la macrosomie comme premier facteur de suspicion de DDE, suivie de l'antécédent de DDE ; dans mon enquête, la macrosomie fœtale arrive également en première position (73 citations sur 102 questionnaires), l'antécédent de DDE n'arrivant en revanche qu'en 6ème position (25 citations).

• Pour prévenir l'accident, les maternités d'Ile-de-France utilisent prioritairement la manœuvre de Mac Roberts (19 citations), l'expression sus-pubienne étant mentionnée une fois.

Dans ces maternités ,pour traiter la DDE, la manœuvre de Jacquemier arrive en tête (26 citations), associée ou non à une pression sus-pubienne (12 citations). Les équipes utilisent également les manœuvres de Mac-Roberts (10 citations) et Zavanelli (2 citations).

N'ayant pas posé de question en ce qui concerne les pratiques adoptées en prévention de l'accident, je ne peux comparer les résultats ; en revanche, mes résultats obtenus en rapport avec le traitement de la DDE sont similaires, la manœuvre de Jacquemier arrivant en tête d'un point de vue nombre de citations (92), suivie de la manœuvre de Mac Roberts (78 fois), de la pratique d'une large épisiotomie (n'ayant peut-être pas été proposée comme réponse dans l'enquête du docteur Cohen), et ensuite de la pression sus-symphysaire (46 citations).

Ces quelques points de comparaison permettent donc de conforter mes résultats, ces derniers correspondant à peu près à ceux obtenus dans la région Ile-de-France.

Au terme de cette enquête, je pense que la prise en charge de la DDE passe d'abord par une connaissance optimale de la part des SF des différentes manœuvres permettant de la traiter, et aussi des arbres décisionnels actuels proposés par les obstétriciens lors des consensus.
Puis, il s'agit de recenser quels outils, cliniques et para-cliniques peuvent être utiles dans le but de prévenir la DDE en amont.
Ensuite, le risque médico-légal étant de plus en plus d'actualité, il convient de regarder de plus près comment se prémunir du risque potentiel mais réel d'implication dans un procès.
Enfin, quelles solutions existent déjà et que puis-je faire à mon échelle pour améliorer la prévention et par conséquent diminuer les conséquences parfois douloureuses ?
Tels sont les objectifs de cette troisième partie.

II– TRAITEMENT DE LA DYSTOCIE DES EPAULES :

II-1. GENERALITES :

L'urgence obstétricale qu'est la DDE impose d'agir rapidement et efficacement. Son traitement doit être parfaitement connu par tout le personnel de la salle de naissances car la DDE doit être prise en charge initialement par la SF en attendant l'arrivée de l'obstétricien.

Ce qu'il ne faut surtout pas faire [2, 24, 25, 32] :

➔ La fracture d'une clavicule est à proscrire ; elle est difficile et le gain est nul car le diamètre ne se réduit pas pour autant.

➔ Toute manœuvre sur l'épaule antérieure lors de dystocie sévère est à éviter car elle demande un abaissement de la tête avec pour conséquence possible une rupture du plexus brachial.

➔ Ne pas faire pivoter la tête par torsion du cou car il y a des risques de lésions neurologiques.

➔ Ne pas improviser.

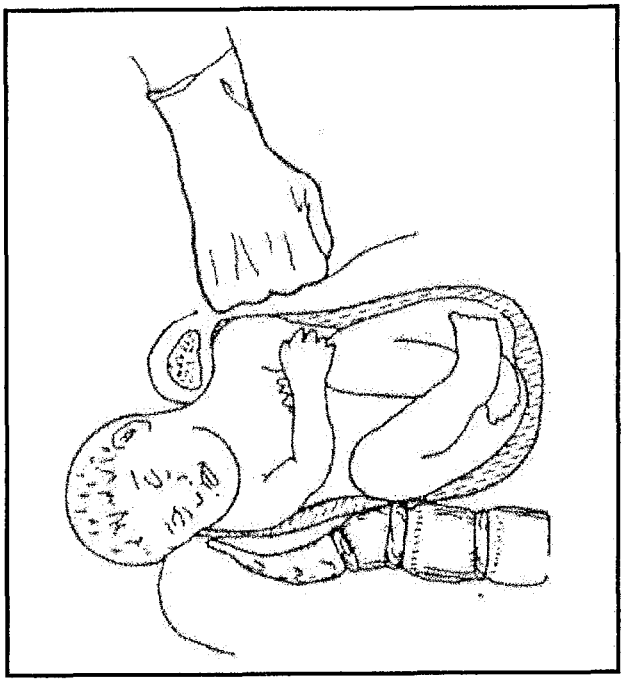
II-2. MANŒUVRES :

Les manœuvres qui suivent sont celles les plus connues et usitées, données sans ordre préférentiel. Nous verrons après leur description des exemples de conduites à adopter ou d'arbres décisionnels.

II-2.1. En cas de difficulté aux épaules ou dystocie modérée :

II-2.1.1. Compression supra-pubienne de l'épaule :

Dans les cas de dystocie mineure, la traction prudente de la tête vers le bas associée à une pression supra-pubique dans une direction oblique par un assistant suffit à engager le moignon de l'épaule antérieure **[8]**.Par contre, il faut éviter d'exercer une pression sur le fond de l'utérus, celle-ci pouvant être responsable de complications pour certains auteurs **[3]**.



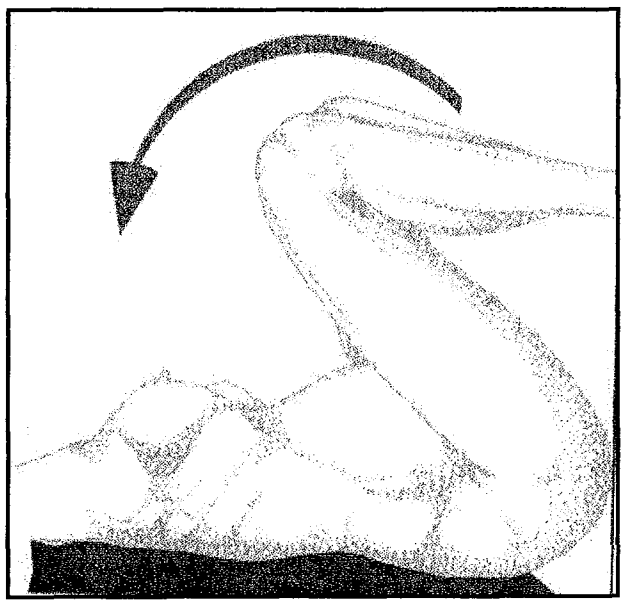
Pression exercée au-dessus de la symphyse pubienne **[8]**.

II-2.1.2. Manœuvre de Mac Roberts **[2, 32]** :

• *But* : La manœuvre de Mac Roberts vise à effacer la lordose sacro-lombaire et entraîne une bascule vers le bas du promontoire, et une bascule vers le haut de la symphyse pubienne, ce qui permet très souvent et spontanément à l'épaule antérieure de

se dégager. Cette position peut être complétée par la pression supra pubienne décrite précédemment.

• *Technique* : Les cuisses maternelles sont dégagées des étriers et ramenées au maximum sur l'abdomen, les genoux de la patiente étant presque au contact de son thorax.



Manœuvre de Mac Roberts : hyper flexion forcée des cuisses sur le ventre, le siège débordant de la table d'accouchement **[2]**.

II-2.1.3. Manœuvre de Couder **[32]** *:*

• *But :* C'est l'abaissement du bras antérieur.

• *Technique :* L'index et le majeur de l'opérateur sont introduits sous la symphyse pubienne et glissés en attelle autour de l'humérus qui est ensuite attiré par glissement en arrière et en bas. L'épaule antérieure s'efface et franchit alors l'obstacle symphysaire, l'épaule postérieure est ensuite dégagée sans difficulté ou à l'aide d'une autre manœuvre.

• *Limites :* cette technique expose à la fracture de l'humérus.

II-2.1.4. Manœuvre de Wood **[32]** *:*

• *But :* Elle transforme l'épaule postérieure en épaule antérieure.

• *Technique :* L'opérateur glisse sa main en arrière de l'épaule postérieure en exerçant une pression sur celle-ci, afin d'entraîner un mouvement de rotation de l'axe bi-acromial sur un demi-tour. Le mouvement de vis effectué par l'épaule postérieure lors

de sa rotation dans un diamètre oblique amène l'épaule en position sous-symphysaire, lui permettant alors d'être dégagée.

II-2.1.5. Manœuvre de Hibbard **[8, 32]** *:*

• *But :* Elle permet le dégagement de l'épaule antérieure.

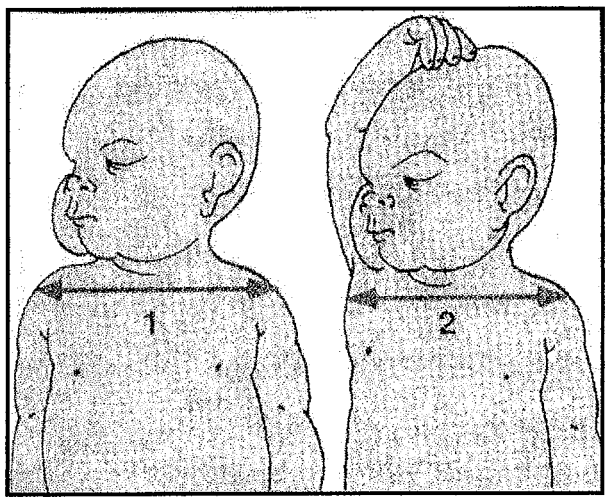
• *Technique :* La main de l'opérateur, doigts en attelle est placée contre le maxillaire et la partie supérieure de la nuque et exerce une poussée vers le rectum pour faciliter le dégagement de l'épaule antérieure. Un aide pratique une pression ferme sur le fond utérin et au-dessus de la symphyse. L'épaule antérieure s'engage alors sous la symphyse en légère rotation vers l'avant du fœtus et peut être dégagée.

II-2.2. Dystocie des épaules sévère :

II-2.2.1 Manœuvre de Jacquemier **[2, 15, 24, 25, 32]** :

D'après **Berthet [2]**, la manœuvre de Jacquemier est "la seule manœuvre de sauvetage de la situation" lorsque l'on se trouve confronté à une "vraie dystocie des épaules".

• *But* : C'est la réduction du diamètre bi-acromial obtenue en abaissant le bras postérieur fœtal, de sorte que son épaule soit remplacée par le creux axillaire ; au diamètre bi-acromial se substitue le diamètre acromio-thoracique plus petit.



Réduction du diamètre bi-acromial (1) *en diamètre acromio-thoracique* (2) *par abaissement d'un des 2 bras* **[2]**.

L'abaissement du bras postérieur est logique car :

– d'une part, l'opérateur bénéficie de place dans l'excavation pour manœuvrer ;

– d'autre part, le seul moyen pour l'opérateur de franchir le détroit supérieur est de passer par un sinus sacro-iliaque.

• *Pré requis* : – Cette manœuvre sera d'autant plus facile à réaliser qu'il existe une analgésie péridurale préalable ; sinon, l'urgence justifie le fait d'agir sans aucune anesthésie.

– Une large épisiotomie doit être pratiquée, ainsi que la manœuvre de mac Roberts qui donnera une installation optimale pour la suite.

– La manœuvre se réalise de préférence à main nue (pour une meilleure sensation tactile et une meilleure préhension), l'avant-bras et surtout le renflement du coude largement vaselinés, en position à genoux (après avoir baissé le siège de la patiente).

• *Technique* : L'opérateur introduit dans les voies génitales la main qui fait face au ventre fœtal (main gauche si le dos est à gauche par rapport à la patiente, main droite si le dos est à droite), en passant en arrière et latéralement de la tête fœtale.

La main parcourt toute la concavité sacrée puis, franchit largement le détroit supérieur en passant par le sinus sacro-iliaque ; elle doit monter très loin le long de l'épaule

postérieure qui bute sur le promontoire. L'épaule postérieure constitue "le fil d'Ariane qui va amener en suivant le bras jusqu'à la main" **[2]**.

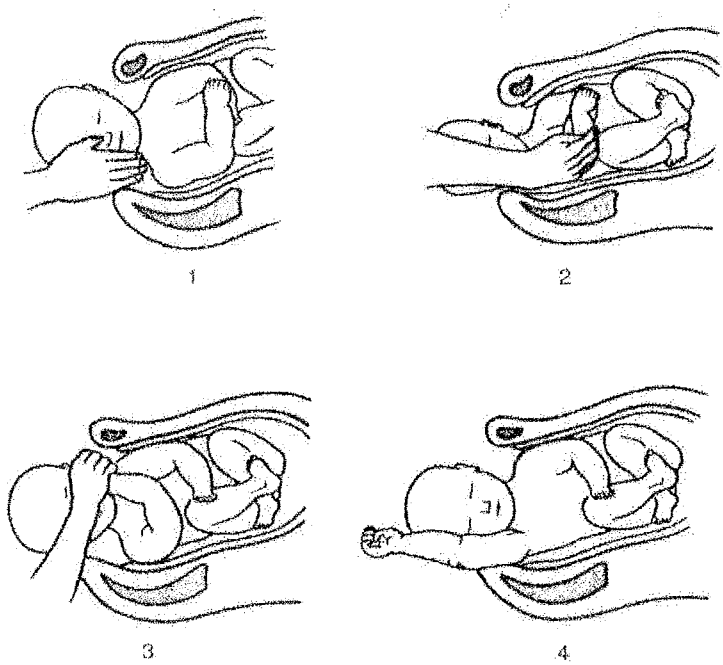
– Si le coude fœtal est fléchi, il est habituellement facile de saisir la main postérieure du fœtus ;

– si le coude fœtal est en extension, la main fœtale ne peut être saisie d'emblée et il faut amener l'humérus en avant du thorax fœtal, à l'aide des doigts placés en attelle.

La main est alors saisie, glisse sur la face antérieure du thorax. On abaisse donc le bras postérieur tout entier dans le vagin en le glissant le long du thorax (vers l'épaule opposée), du cou et enfin de la tête fœtale ; cela entraîne habituellement la rotation du tronc fœtal et c'est la main antérieure qui sort à la vulve.

Si exceptionnellement cette manœuvre ne suffit pas, il faut abaisser le deuxième bras ou renouveler le Jacquemier avec l'autre main de l'opérateur.

L'extraction se termine alors presque spontanément et souvent avec la plus grande facilité.



Manœuvre de Jacquemier **[24]**.

II-2.2.2.Manœuvre de Zavanelli **[11, 24]** :

• *But :* Elle consiste au replacement de la tête fœtale dans la cavité pelvienne par flexion suivie d'une extraction par césarienne.

• *Limites :* Il existe des difficultés de réintégration de la tête
Cette manœuvre est rarement faite et d'après de nombreux auteurs, elle ne doit être utilisée que si les manœuvres habituelles classiques ont échoué.

II-3. NOUVELLES MANŒUVRES PROPOSEES :

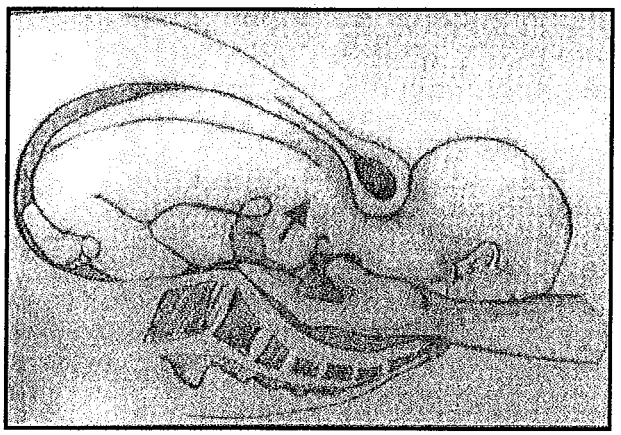
Il s'agit par exemple de la manœuvre de **Bernard LETELLIER**, que j'ai découverte en effectuant des recherches sur le site Internet « Gyneweb », reprise d'ailleurs par Jean BERTHET à la fin de son chapitre concernant la DDE dans un ouvrage récent **[2, 14]**.

Je vous soumets cette manœuvre telle qu'elle est présentée sur le site :

• *But :* Abaisser l'épaule postérieure.

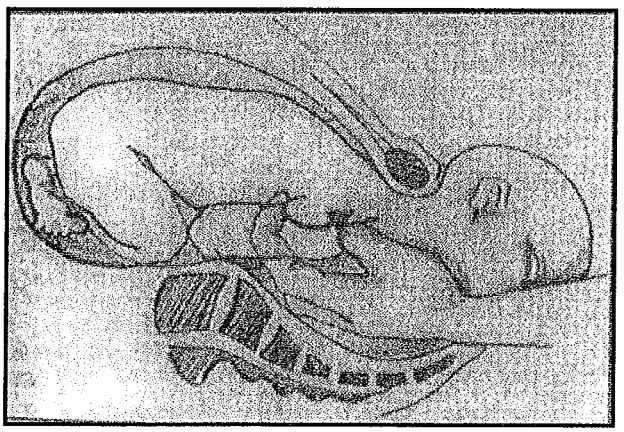
• *Technique :* Glisser la main en arrière (main droite pour l'épaule gauche).
Main nue, savonnée

Localiser l'épaule au détroit supérieur.

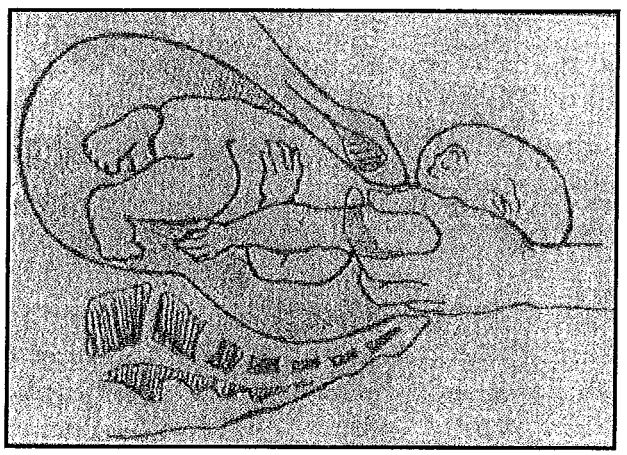


Passer l'index en crochet dans l'aisselle, d'arrière en avant. Le pouce peut être amené en pince thénar.

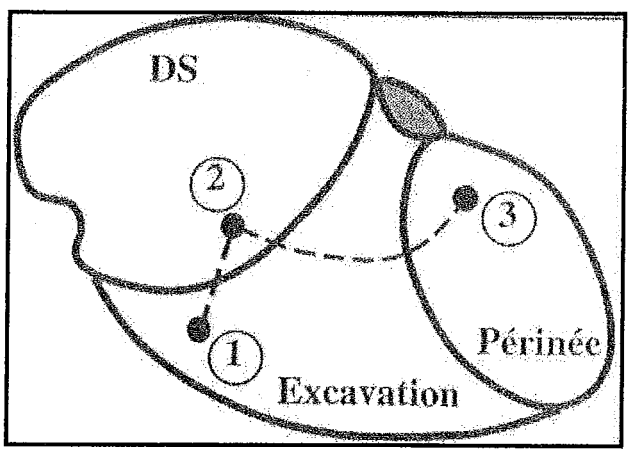
Pousser l'épaule vers l'avant (en direction du pubis), pour la désolidariser de la margelle du pelvis. Cela exige de bloquer les articulations de son doigt et de son poignet, l'avant-bras travaille car le bras de levier de l'opérateur est long.



Quand l'épaule est mise en mouvement, chercher à engager, donc **pousser vers l'avant et vers le bas** en vrille. Le geste devient facile, naturel.



Amener l'épaule à l'ogive pubienne où elle est dégagée de façon classique, doigts en attelle sur l'humérus.



Le trajet de l'épaule est d'abord dans le plan du détroit supérieur, ensuite en spirale dans l'excavation jusqu'à l'ogive pubienne.

1-2 : Départ de l'épaule sans abaissement.
2-3 : descente avec rotation en avant.

La clavicule transmet l'effort en traction, au sternum. Le thorax accompagne la rotation. L'épaule est progressivement « haussée ». Le diamètre acromio-thoracique s'est réduit sans aucune traction sur le cou.
Cette manœuvre peut vous laisser sceptique dans sa simplicité. Essayez calmement. Si vous échouez, vous êtes sur la voie du Jacquemier, alors allez chercher plus haut l'avant-bras ou la main du fœtus.

II-4. CONCLUSION :

Le traitement de la DDE varie au cours du temps et la multitude des manœuvres proposées démontre bien que la solution idéale n'existe pas **[3]**.

D'après **Treisser [32]**, la manœuvre de Mac Roberts, simple dans sa réalisation, doit être utilisée en première intention pour tous les accouchements dystociques des épaules, même s'il ne s'agit pas d'une vraie rétention des épaules au-dessus du détroit supérieur.

Actuellement, les dernières propositions de CAT préconisées sont celles de Monsieur le Professeur **Schaal [25]**. Je vous les soumets donc, avec son accord :

→ En cas de « Fausse dystocie des épaules » :

Il faut :

- Obtenir une installation correcte de la parturiente, le siège débordant la table d'accouchement.
- Faire le diagnostic de dystocie légère des épaules.
- Appliquer les manœuvres dans un ordre précis et choisi sous forme d'un protocole.
- Appliquer les manœuvres dans le calme et la sérénité.
- Réaliser la manœuvre de Mac Roberts.
- Faire une large épisiotomie, si elle n'a déjà été réalisée.
- Exagérer la restitution spontanée de la tête fœtale, cette manœuvre pouvant être facilitée par une pression sus pubienne.

• Si l'épaule postérieure demeure arrêtée dans l'excavation par un obstacle osseux, lorsque le moignon de l'épaule antérieure apparaît au niveau du sous-pubis, faire un dégagement premier du bras antérieur par la manœuvre de Couder.

• Si ce n'est pas possible manœuvre de Wood et manœuvre de Hibbard.

→ **En cas de vraie dystocie des épaules** :

Devant l'urgence, certaines manœuvres doivent être choisies et la proposition de CAT est la suivante :

• Faire le diagnostic de dystocie grave des épaules.

• Souhaiter que la patiente soit anesthésiée, sous péridurale, voire anesthésie générale pour une extraction.

• Surtout ne pas **P**aniquer en tirant, ne pas **P**ousser sur le fond utérin, ne pas **P**ivoter la tête (règle des trois "**P**").

• Ne pas croire qu'il est possible de réduire la dystocie en fracturant les clavicules fœtales : lorsqu'elle survient, la fracture de clavicule est un accident.

La réaliser volontairement au-dessus du détroit supérieur sur un fœtus souvent macrosome est illusoire.

• Appliquer les manœuvres dans un ordre précis et choisi sous forme d'un protocole.

• Appliquer les manœuvres avec le calme et la sérénité.

• Réaliser la manœuvre de Mac Roberts qui parfois résoudra spontanément le problème et toujours donnera une installation optimale pour la suite.

• Faire une large épisiotomie, si elle n'a déjà été réalisée.

• Réaliser la manœuvre de Letellier et si elle échoue :

• Réaliser la seule manœuvre de sauvetage de la situation : la manœuvre de Jacquemier.

III– PREVENTION DE LA DYSTOCIE DES EPAULES :

III-1. DEPISTAGE CLINIQUE :

III-1.1. Mesure de la hauteur utérine (HU) / Examen clinique du bassin:

La SF, lors des consultations prénatales mais aussi lorsqu'elle accueille une femme en début de travail doit mesurer la HU avec soin.
Elle doit ensuite vérifier les résultats des échographies d'autant plus que la HU est augmentée, et pratiquer un examen clinique du bassin.
Elle sera d'autant plus attentive à l'éventuelle anomalie du travail si elle a déjà pu apprécier préalablement ces différents paramètres.

III-1.2. Prévention du diabète gestationnel :

Nous avons vu dans la première partie qu'un des facteurs de risques de la DDE est l'hyperglycémie maternelle, ceci étant lié au fait que la croissance des épaules dépend de structures sensibles à l'hyperglycémie. Ainsi, en présence de diabète non traité, le développement des épaules se poursuit alors que le cerveau, moins sensible à l'hyperglycémie, n'est pas affecté.
C'est pourquoi une surveillance rigoureuse ainsi qu'un traitement en cas d'hyperglycémie prouvée s'imposent.

III-2. DEPISTAGE ECHOGRAPHIQUE :

L'échographie, devenue examen systématique, confirme la suspicion clinique de macrosomie ; elle peut permettre de suspecter une éventuelle DDE, par la prise en compte de diverses mesures.

III-2.1. Estimation pondérale fœtale **[5]** :

Des formules mathématiques intégrant plusieurs paramètres (diamètre bi pariétal, périmètre abdominal, périmètre crânien, longueur fémorale, etc.) permettent une évaluation du poids fœtal.

Les différentes formules sont celles de Hadlock, Combs, Rose, etc., et sont plus ou moins adaptées selon l'âge gestationnel et le poids du fœtus, du fait des modifications des proportions fœtales.

Dans le service d'échographie de la Maternité Régionale de Nancy, les deux formules les plus utilisées -sous forme de programme informatique- sont celles de Hadlock et Rose. Cependant, les échographistes précisent bien que ces estimations sont données avec une marge d'erreur d'environ 10 %, c'est-à-dire qu'un enfant estimé à 3700 g. peut peser de 3330 g. à 4070 g. en réalité, la variation est donc assez importante.

III-2.2. Diamètre bi-acromial :

Verspyck [35] a récemment étudié le diamètre bi-acromial comme paramètre prédictif à priori de la DDE ; en effet, sachant que la DDE correspond à la rétention des épaules au-dessus du détroit supérieur, il est logique de penser que la mesure du diamètre bi-acromial puisse être un éventuel paramètre prédictif pour cet accident.

Cependant, cette étude révèle par ses résultats que le diamètre bi-acromial, bien que fortement corrélé au poids de naissance du nouveau-né, représente un piètre paramètre de prédiction.

Même si l'évaluation du diamètre bi-acromial est correcte en anténatal (par IRM par exemple), cette mesure ne peut être recommandée pour prédire la DDE.

Le dépistage échographique de macrosomie fœtale n'est donc pas sans limites, limites pouvant être liées à la méthode, à l'échographe, à l'opérateur, à la position fœtale, aux sur- ou sous-estimations de ces diverses mesures.

Selon l'"American College of Obstetricians and Gynecologists", l'échographie a une sensibilité limitée pour ce qui est du dépistage de la macrosomie.

III-3. INTERET D'UNE PREVENTION PAR CESARIENNE :

Dans un article intitulé "La césarienne a-t-elle une indication en cas de suspicion de macrosomie?", **Goffinet [6]** note que le but de la césarienne prophylactique en cas de suspicion de macrosomie fœtale est principalement d'éviter la dystocie des épaules et ses conséquences ainsi que les césariennes pendant le travail. Cependant, il ajoute que la reconnaissance de la macrosomie fœtale est très imprécise même à l'aide de l'échographie, et que la prédiction du risque de complications liées à la macrosomie est aussi très médiocre.

Finalement, la conclusion est qu'"il n'existe aucune donnée, en cas de suspicion de macrosomie, à décider une césarienne" mais qu' "il paraît légitime en cas d'antécédent de DDE associée à une complication grave (PPB, décès néonatal) de pratiquer une césarienne prophylactique même si cette stratégie n'a pas été évaluée".

On peut donc dire que la décision d'une césarienne prophylactique est plutôt à prendre au cas par cas, en concertation entre l'obstétricien et la patiente, en fonction de ses antécédents et de son ressenti.

III-4. FORMATION DES SAGES-FEMMES A LA DETECTION DES FACTEURS PREDICTIFS, AUX CONDUITES-A-TENIR :

Les SF sont concernées au premier plan par la DDE ; leur rôle est primordial :

- Pendant la grossesse, il leur revient de dépister les facteurs de risque éventuels.
- Pendant le travail, elles doivent informer les médecins de leur examen clinique anormal en faveur d'une dystocie, du déroulement anormal du travail.
- Enfin, pendant l'accouchement, elles doivent savoir faire face à une DDE dans l'immédiat en attendant l'arrivée de l'obstétricien.

L'apprentissage des gestes en cas de DDE doit être sérieux et répété régulièrement du fait de sa faible incidence (fort heureusement) ne permettant pas d'entretenir sa dextérité.

La DDE est tellement rare que personne ne peut prétendre maîtriser d'où l'intérêt de l'apprentissage des manœuvres obstétricales sur des mannequins qui doit rester dans l'enseignement de l'obstétrique moderne **[21]**.

Pourtant, les manœuvres doivent être parfaitement connues, celles de Mac Roberts et Jacquemier étant les plus performantes **[32]**.

IV– PREVENTION DU RISQUE MEDICO-LEGAL :

IV-1. LES DIFFERENTES RESPONSABILITES DES SAGES-FEMMES [27, 29] :

Pour mieux comprendre les jurisprudences qui vont suivre ainsi que la CAT devant une plainte, il convient de rappeler les différentes responsabilités engagées par la SF, également fonction du mode d'exercice.

La responsabilité, c'est "l'obligation de répondre de ses actes".
Concernant la SF, ses responsabilités peuvent être morale, civile, pénale, disciplinaire ou administrative.

IV-1.1. Responsabilité morale :

Elle concerne toute SF dans son entité et n'a pour juge que sa conscience ; elle fait donc intervenir une notion de conscience professionnelle et d'éthique.

IV-1.2. Responsabilité disciplinaire :

Chaque SF inscrite au tableau de l'Ordre et en cours d'exercice professionnel se soumet et s'engage à respecter le Code de Déontologie.
Les sanctions disciplinaires (Avertissement, Blâme, Interdiction temporaire ou permanente d'exercer, Radiation du tableau de l'Ordre des SF) sont indépendantes des peines prononcées par les juridictions pénales.

IV-1.3. Responsabilité civile :

C'est l'obligation qu'a un sujet (la SF) de répondre de ses propres actes ou de l'action de certaines personnes dont il est responsable ou d'objets dont il a la garde, à l'égard de la société.

Elle a pour objet de réparer le préjudice causé à autrui (la patiente ou l'enfant) : elle correspond au droit de réparation.

La preuve de la faute est à apporter par la victime ; cette faute est soit intentionnelle (responsabilité délictuelle mise en jeu), soit non intentionnelle par négligence (responsabilité quasi-délictuelle engagée). Elle peut être médicale, technique, d'imprudence ou de négligence, d'action ou d'abstention (perte de chance).

Le délai d'action est de 30 ans sauf en cas de délit pénal où l'action civile est prescrite en même temps que l'action pénale.

IV-1.4. Responsabilité pénale :

Elle est individuelle et personnelle.

Elle vise à sanctionner un fait volontaire ou involontaire qui trouble l'ordre public ; elle correspond au droit de sanction.

Des exemples de faute sont : la transgression du secret professionnel, l'homicide involontaire, l'omission de déclaration de naissance, etc.

Les réparations sont essentiellement pécuniaires sous forme de dommages et intérêts.

Le délai d'action est de 3 ans pour le délit, (1 an pour la contravention et 10 ans pour le crime).

IV-1.5. Responsabilité administrative :

Elle équivaut à la responsabilité civile de l'hôpital (personne morale).

Dans le secteur hospitalier public, la responsabilité de l'administration peut être retenue pour une faute relative à l'organisation et au fonctionnement du service, ou bien pour une faute médicale "lourde".

IV-2. RESPONSABILITE EN FONCTION DU MODE D'EXERCICE :

Quel que soit le mode d'exercice, la SF engage ses responsabilités morale, disciplinaire et pénale.

IV-2.1. En secteur libéral :

Il se crée un contrat entre la SF et la cliente et, en cas de faute, la SF est tenue de réparer personnellement les dommages : elle engage donc aussi sa responsabilité civile.

IV-2.2. En secteur public :

• Si l'acte est légalement autorisé, l'hôpital est porté civilement responsable car il n'y a pas d'engagement contractuel entre la patiente et la SF.

C'est la responsabilité administrative de l'hôpital qui est engagée.

• Si l'acte est non autorisé légalement mais permis à la SF par le chef de service :

– Lorsque le médecin est présent, la SF devient préposée donc la responsabilité revient au médecin ;

– En revanche, quand le médecin est absent et que la SF exécute une prescription, les limites du rôle de préposé de la SF sont plus floues, et ce sont les circonstances qui décident.

De toute façon, l'hôpital est porté civilement responsable et par conséquent sa responsabilité administrative est engagée.

• Si la faute de la SF est jugée "détachable du service ou de la fonction", sa responsabilité civile est mise en cause.

• Enfin, dans le cadre de la clinique ouverte au sein de l'hôpital:

– Les fautes liées à l'activité médicale proprement dite sont des fautes de la SF, "détachables du service ou de la fonction", donc du ressort de la responsabilité civile ;

– Les fautes liées à l'organisation du service hospitalier engagent la responsabilité administrative, c'est-à-dire la responsabilité de l'hôpital.

IV-2.3. En secteur privé :

La SF salariée est considérée comme préposée par la clinique ; c'est donc la clinique qui engage sa responsabilité civile.

Le tableau qui suit résume les différentes responsabilités engagées en fonction du mode d'exercice de la SF.

	Responsabilité administrative	Responsabilité civile	Responsabilité pénale
Quels tribunaux ?	Tribunaux administratifs, Cour administrative d'appel, Conseil d'Etat	Tribunaux d'instance et de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation	Tribunaux correctionnels (délits), Cour d'appel, Cour de cassation, Cour d'assises (crimes)
Dans quels cas ?	Hôpitaux publics à l'exception du secteur privé.	Secteur privé des hôpitaux publics, Libéraux (médecins ou cliniques).	Tout praticien à qui des faits prévus par le Code pénal peuvent être imputés personnellement.
Sur quels fondements ?	Faute de service ou personnelle, Responsabilité sans faute exceptionnellement.	–Responsabilité contractuelle ou délictuelle, –Perte de chance, –information non éclairée	Infraction pénale : coups et blessures involontaires, non respect du secret professionnel, etc.

Récapitulatif des différents régimes de responsabilité médicale **[31]**.

IV-3. EXEMPLES DE PROCES AYANT MIS EN CAUSE LA RESPONSABILITE DE LA SAGE-FEMME SUITE A UNE DDE :

L'obstétrique se trouve parmi les disciplines comportant le plus de risques médico-légaux, comme l'atteste le nombre croissant de mises en cause devant les tribunaux.

Là où traditionnellement la responsabilité de la SF se trouvait écartée devant celles des médecins de l'équipe obstétricale, les compétences médicales, bien que limitées, de la SF, reconnues par les différentes juridictions, l'exposent aujourd'hui pleinement à assumer les conséquences de ses fautes professionnelles **[4]**.

Le nombre exact de jurisprudences n'est pas connu, mais le Groupe des Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) **[28]** note dans son rapport sur l'exercice 1999 une augmentation significative de la sinistralité des SF :

→ en 1997, sur 10282 SF sociétaires du GAMM, 52 déclarations ont été adressées dont 3 pour traumatisme obstétrical (1 fracture du crâne et 2 atteintes du PB) ;

→ en 1998, sur 10755 sociétaires, 6 déclarations sur 69 concernaient des traumatismes obstétricaux, dont 4 atteintes du PB, 1 fracture de l'humérus et 1 de la clavicule ;

→ en 1999, 11395 SF ont adressé 103 déclarations, comprenant 17 traumatismes obstétricaux dont 14 atteintes du PB.

La DDE est donc un cas où l'urgence conduit la SF à sortir de la légalité de ses actes,–celle-ci devant réaliser des manœuvres du ressort de l'obstétricien– et où, malgré tout, sa compétence clinique doit lui permettre d'agir dans l'urgence avérée **[27]**.

Nous allons voir quelques exemples de procès ayant mis en cause la SF et/ ou l'obstétricien.

IV–3.1. Première jurisprudence **[36]** :

• *Faits* : Accouchement par la SF. L'obstétricien de garde appelé se trouve au chevet d'une autre patiente, dans une autre clinique, d'une localité différente. Survient une DDE avec paralysie du plexus brachial. Les parents portent plainte au tribunal pénal avec constitution de partie civile.

• *Expertise* : Les experts rappellent que **la SF n'est pas autorisée à procéder aux accouchements dystociques sauf en cas de force majeure**.
L'absence de l'obstétricien constitue pour l'enfant une "perte de chance" à naître sans séquelle même s'il n'est pas sûr que la manœuvre aurait été moins maladroite ou plus efficace réalisée par le médecin.

• *Décision* : Le 2 juillet 1986, les juges de la Cour d'Appel de Lyon **relaxent la SF** et **condamnent la clinique** à verser 100 000 F de dommages et intérêts.

IV–3.2. Deuxième jurisprudence **[30]** :

• *Faits :* Il s'agit d'une 2ème grossesse chez une patiente obèse ayant eu un suivi régulier. Une échographie à 34 SA révèle un diamètre bi-pariétal à 78 mm et un diamètre abdominal-transverse à 90.

Elle arrive pour accoucher à terme avec une HU à 36 cm. Le travail spontané est suivi par une SF qui n'avertit pas le médecin de garde. Lors de l'expulsion survient une DDE, la SF tente un Jacquemier qu'elle ne sait pas faire et abaisse le bras antérieur. Elle appelle finalement le médecin qui extrait l'enfant sans trop de difficulté en réalisant le Jacquemier correctement. Enfant de 4670 g. avec une paralysie du plexus brachial dont les lésions ne sont pas encore consolidées dans l'état du dossier.

• *Expertise :* Les experts concluent à une **inexpérience de la SF** à qui on ne **peut reprocher de ne pas savoir faire un Jacquemier** qui, aux termes de son Code de Déontologie n'entre pas dans sa compétence.

Toutefois, ils lui reprochent un manque d'attention, de vigilance et un **manque de compétence et de respect des règles de l'Art**, car elle **n'a pas su appeler un spécialiste et prévoir la possible dystocie** devant cette patiente obèse avec une HU à 36 cm.

Par contre, ils insistent sur le manque de vigilance des premiers obstétriciens qui ont suivi la grossesse : la mauvaise tenue du dossier, dont les comptes rendus échographiques et des consultations sont quasi illisibles ce qui n'a pas aidé la SF de garde dans l'approche du problème qui s'est posé à elle.

• *Décision :* La **responsabilité de la SF** a été **atténuée** par **l'insuffisance d'organisation de ce service** qui n'a pas prévu comme consigne d'imposer le contrôle des entrées par un obstétricien compétent (La peine n'est pas connue).

IV–3.3. Arrêt de la Cour d'Appel de Montpellier le 15/ 02/ 1995 **[36]** :

• *Faits :* Il s'agit d'une grande multipare en travail dans une clinique ; cette patiente ne présentant aucun antécédent pathologique pouvant laisser suspecter la naissance d'un enfant de très grand

poids, le docteur présent à l'entrée de la patiente laisse celle-ci sous la surveillance de la SF et part faire ses consultations à 1,8 kilomètres de la clinique.
Au moment où la dilatation est à 7 cm, la sage-femme appelle l'obstétricien qui répond immédiatement. Cependant, la femme accouche très rapidement et la SF se trouve alors confrontée à une DDE qu'elle résout seule. L'enfant est atteint au niveau du plexus brachial gauche, atteinte due aux manœuvres effectuées par la SF.

• *Expertise :* La SF a appelé suffisamment tôt, mais la dilatation d'une multipare peut se faire très rapidement. Le médecin a répondu immédiatement.
La SF a dû **résoudre elle-même la DDE** en raison de l'urgence, on ne peut le lui reprocher, la vie de l'enfant se jouant dans ce cas en quelques minutes.

• *Décision :* Il n'y a **pas de faute de la clinique**, la DDE ne nécessitant aucun matériel spécialisé, la clinique ayant mis à disposition de la patiente une SF qualifiée et n'étant pas tenue de disposer d'obstétriciens en permanence. La **SF** est **relaxée** ainsi que l'obstétricien.

IV–4. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAINTE OU UNE MENACE DE PLAINTE :

IV–4.1. Bases de la plainte **[30]** :

Il est bon de chercher à comprendre quels sont les éléments de notre société ou de notre culture qui font que les plaintes sont de plus en plus fréquentes.

La plainte peut reposer sur des facteurs socio-psychologiques plus ou moins conscients ; le fait que les médecins et en particulier les gynécologues-obstétriciens soient placés sur un piédestal, avec parallèlement une connaissance des progrès par les médias amène forcément l'image d'un pouvoir médical considéré à tort comme sans faille.
Le plaignant peut également demander « que justice soit faite », mu par l'idée que l'erreur soit mise au grand jour afin qu'elle ne se reproduise plus à l'avenir, ou bien aussi, il faut l'avouer, dans le but d'obtenir une indemnisation parfois conséquente.

Ensuite, dans le cas particulier des plaintes visant l'intégrité du nouveau-né (cas de l'atteinte du plexus brachial), on constate que les enfants, devenus moins nombreux dans les foyers et repoussés dans le temps par les couples, deviennent plus « précieux » ; à ces phénomènes s'opposent une mortalité et une morbidité néonatales peu connues ou méconnues.

En dernier lieu, les handicaps immédiats liés aux conditions de naissance entraînent des conséquences que l'on ne peut pas toujours évaluer de suite ; cette impossibilité de l'équipe médicale à se prononcer avec certitude sur des séquelles éventuelles est souvent ressentie par les parents comme une insuffisance d'informations.

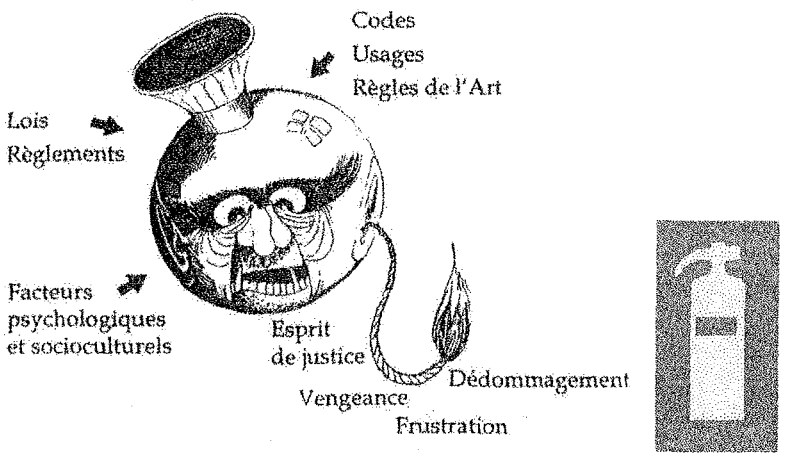
IV–4.2. Déclenchement de la plainte **[30]** :

L'accouchée et son entourage ont un besoin aigu fort compréhensif d'information et de communication à propos de l' « accident ». C'est ce besoin qui doit être satisfait à tout prix pour éteindre la « mèche » de la plainte, ce afin de prévenir la poursuite, le procès, l'amende et les dommages et intérêts.

Le schéma qui suit résume bien le contexte dans lequel survient une plainte ; l'extincteur ou le désamorçage d'une plainte doit passer par :

– l'information immédiate de l'entourage et de l'intéressée ;

– l'information immédiate de l'équipe et des responsables au niveau médical et administratif, ainsi que du médecin traitant.



La genèse de la plainte en responsabilité médicale **[31]**.

IV–4.3. Conduite à tenir **[7, 29]**:

IV-4.3.1. Ce qu'il faut faire :

→ Il convient d'informer immédiatement le médecin responsable de l'unité et la SF surveillante, la patiente et son entourage ainsi que son médecin traitant, des conditions ayant abouti à l'accident.

→ Reconstituer la chronologie des faits.

→ Rédiger un rapport précoce et détaillé.

→ Envoyer ce rapport au directeur d'établissement sous pli confidentiel dans les plus brefs délais de façon à ce que l'assurance couvrant celui-ci soit rapidement informée .

→ Informer très rapidement sous la même forme son assurance personnelle.

→ **Photocopier l'ensemble du dossier médical** vu l'importance de ce document et les risques de perte ou de réduction accidentelle, et de saisie dans le cadre de l'instruction judiciaire.

→ Dans tous les cas, l'équipe proche de la patiente et de sa famille doit faire preuve de sang froid et de réserve.

IV-4.3.2. Ce qu'il ne faut pas faire :

→ Reconnaître sa responsabilité ou proposer un dédommagement financier, ce qui peut exposer à une non garantie de la part de l'assureur.

→ Se replier sur soi et ne pas donner d'informations sur les conditions de survenue de l'accident.

→ Se justifier coûte que coûte.

→ Tenter de rejeter la responsabilité sur un confrère, ou au contraire s'auto critiquer (chose que l'on pourrait regretter par la suite).

→ Modifier le dossier de la patiente à postériori, ce qui constitue en soi un aveu de culpabilité et en outre, expose à une condamnation pour faux et usage de faux.

Dans tous les cas, le risque médico-légal ne doit pas être une obsession. Il faut garder son sang froid, être patient vu la durée des procédures engagées, et reprendre sereinement son activité professionnelle, .

V– SOLUTIONS ?

V-1. FORMATIONS CONTINUES :

V–1.1. Ateliers pratiques :

Ce sont des ateliers permettant de réviser les manœuvres lors des Assises Nationales des SF par exemples, mais ne faisant pas partie de la formation continue obligatoire.

V–1.2. Diplôme Universitaire de Mécanique et Techniques Obstétricales (MTO) :

Lors des XXVèmes Assises Nationales des Sages-Femmes en Mai 1997, Messieurs les Professeurs Schaal, Riethmuller, Baulard et Maillet du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon avaient présenté une formation à la Mécanique et aux Techniques Obstétricales à l'usage des sages-femmes **[26]**.
Alors qu'un Diplôme Universitaire de MTO était déjà conçu pour les futurs obstétriciens et les enseignantes des écoles de SF, cette équipe avait constaté qu'il existait une demande importante émanant des SF, et proposaient alors la création d'une formation spécifique aux SF nommée « MTO–SF » comprenant des cours théoriques et des travaux pratiques, notamment des manœuvres concernant la DDE, et qui aurait lieu une fois par an en 3 sessions de 3 jours.

A la fin du mois de Septembre 2000, j'ai envoyé une lettre au responsable de la formation dans le but d'obtenir d'avantage de renseignements ; la réponse fut que de par des difficultés administratives et financières, la formation n'avait pu être mise en route.
Cependant, j'ai reçu récemment un courrier du Professeur Schaal m'informant qu'ils étaient actuellement « en discussion avec un centre parisien pour mettre en place un diplôme inter-universitaire où il y aura quelques places réservées pour les SF.

V-2. FEUILLET RESUMANT LA CAT EN CAS DE DDE

Dans l'enquête que j'ai réalisée, il ressortait que moins de 25 % des SF interrogées avaient dans leur service un « protocole » ou « arbre décisionnel » de référence sur la CAT en cas de DDE.
Or lors de la mise en cause dans un procès, les experts prennent en compte le fait que la SF ait ou non suivi l'arbre décisionnel du service. Ainsi, une SF sera plus facilement disculpée si elle peut prouver qu'elle a agit comme le préconisait le protocole du service.
D'autre part, les SF ayant répondu à mon enquête étaient très demandeuses en matière d'informations concernant la DDE, certaines souhaitaient un retour de ma part à la fin de mon mémoire.

C'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait intéressant de créer un « feuillet » résumant les facteurs prédictifs de la DDE, ses conséquences d'un point de vue complications et donnant quelques conseils d'ordre médico-légal en cas de complications, ainsi qu'un exemple de CAT pratique en cas de DDE, illustré par des schémas, inspiré de CAT récentes de la littérature **[3, 16, 25, 32]** (cf. dépliant situé en dernière page du mémoire).
Ce dépliant, n'ayant en aucun cas la prétention de servir de consensus, pourrait alors constituer un support de base pour aider les salles de naissances de Lorraine à réaliser leur propre CAT en fonction des habitudes et pratiques des obstétriciens locaux.

D'autre part, ce dépliant, s'il est validé dans le cadre de mon mémoire, pourra venir accompagner une cassette vidéo actuellement en cours de réalisation par l'équipe médicale de la Maternité Régionale de Nancy.
En effet, suite à la constatation d'un nombre jugé trop élevé d'atteintes du plexus brachial et dans le cadre du plan périnatal "Bien naître en Lorraine", un film visant à la prévention des paralysies du plexus brachial vient d'être réalisé, notamment par Mademoiselle le Docteur Fontaine, et devrait voir le jour d'ici quelques mois ; il sera également destiné aux salles de naissances de Lorraine.
Mon dépliant rejoignant le thème et les objectifs du film, il peut avoir l'avantage d'être mis dans le classeur du service, après validation des équipes obstétricales référentes, et reconsulté rapidement, à tout moment, par exemple au cours d'un suivi de travail lorsque la SF suspecte un accouchement dystocique.

CONCLUSION

UHP - NANCY
BIBLIOTHEQUE
MEDECINE

La DDE sévère est une complication obstétricale grave pouvant engager le pronostic materno-fœtal.
Les facteurs de risques sont nombreux, mais leur valeur prédictive reste mauvaise ; c'est pourquoi ces facteurs prédictifs doivent plus être des "signaux d'alarme" que des facteurs décisionnels.

L'enquête réalisée auprès des SF de salles de naissances nous a permis de constater que les SF ont des connaissances théoriques en matière de DDE et de facteurs prédictifs, mais que les pratiques ou traitements face à cette DDE ne sont pas toujours adaptés.
De plus, moins de la moitié des SF interrogées ont suivi une formation pratique ; elles éprouvent d'ailleurs en grande majorité le besoin de participer à des formations théoriques et/ ou pratiques.

Or du fait de la rareté et de l'imprévisibilité d'une grande partie des dystocies sévères, il convient d'être toujours prêt dans l'éventualité de cet accident et pour cela de connaître parfaitement la théorie et les manœuvres de traitement de la DDE.
Ainsi, nous pourrons agir sans induire de complications supplémentaires.

Il apparaît également important de réviser les manœuvres lors des formations continues dans les ateliers pratiques, par l'intermédiaire de supports visuels ou écrits. La plaquette réalisée est un de ces moyens.

En outre, aucune des SF interrogées dans notre enquête ne s'est vue impliquée dans un procès suite à une DDE et, pour celles l'ayant déjà été, elles se sont pratiquement toujours vues disculpées.

C'est pourquoi je pense que certes, "Nous sommes tous responsables du mal que nous aurions pu prévenir", mais la DDE doit rester une situation qui avant tout demande à être devancée puis traitée et "gérée", et non "crainte".

BIBLIOGRAPHIE

SCD-UHP NANCY BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

[1] BARDIN C.
La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux. -p.145-151.-
In : Journées d'études et de formation/ 22èmes Assises Nationales des sages-femmes/ 5ème session européenne/ Compte-rendu scientifique.
Paris. Cité des sciences de la Villette. 18 Mai-20 Mai 1994.

[2] BERTHET J.
Dystocie des épaules.
In : Mécanique et techniques obstétricales.
Montpellier : Sauramps médical, 1998,-p.345-353.-

[3] BEGUIN F.
La dystocie des épaules : « Ne tirez pas ! »
In : Urgences obstétricales
Genève : Médecine et Hygiène, 1996.-p.147-154.-

[4] DOUBECK A.M.
Lettre de formation pour la prévention du risque.
In : GAMM infos
Paris : Editions du GAMM, Janv. 1999.,-p.1.-

[5] DROULLE
Initiation à l'échographie : bases physiques et techniques de l'imagerie échographique.
Cours de 3ème année d'école de sages-femmes, Nancy, 2000.,-p.46-49.-

[6] GOFFINET F.
La césarienne a-t-elle une indication en cas de suspicion de macrosomie ?
In : J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 2000, 29 (suppl. n°2),-p.22-29.-

[7] GOMBAULT N., SICOT C.
La responsabilité médicale en France.
Paris : Bayer, Juin 2000., -p.62-64.-

[8] GREGORIOU O.
Schéma : Pression exercée au-dessus de la symphyse pubienne.
In : Dystocie des épaules.
J ; Gynécol. Obstét., Biol. Reprod.,1989., -p.257.-

[9] LANDES P.
Dystocie des épaules.

Bulletin de l'association des sages-femmes de l'école d'accouchement de la maternité de Nancy, 1983, 119, -p.5-16.-

[10] LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.
Schéma : Accouchement normal des épaules.
In : Obstétrique pour le praticien.
Paris : SIMEP, 1992., 2ème éd., -p.57.-

[11] LARRAMENDY C.
Accouchement de l'enfant macrosome.
Les dossiers de l'Obstétrique ,Déc.1996., 245.,-p.3-7.-

[12] LASCOMBES P.
Embryologie et anatomie du plexus brachial.
In : Néonatologie, Les paralysies obstétricales du plexus brachial.
Annales Médicales de Nancy et de l'Est, 1994., 33, -p.305.-

[13] LE MOIGNE T.
Peut-on prédire la dystocie des épaules ?
Mém. : SF : Rennes : 1997.

[14] LETELLIER B.
Dystocie des épaules : une solution nouvelle.
http : // pro.gyneweb.fr / pro.htm.1998.

[15] MAGNIN G., PIERRE F.
Dystocie des épaules.
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris),Obstétrique, 5-067-A-10, 1999, -p7.-

[16] MAILLET R., SCHAAL J.P., COLETTE C.
La dystocie des épaules.
http : // pro.syngof.fr / pro.html

[17] MARJOUX M.
La dystocie des épaules : facteurs prédictifs et traitement.-56p.
Th. : Méd : Nantes : 1992.

[18] MARTINEAU J.
In : Sage-femme. Roman écrit par C. Bohjalian.
Paris : Editions du Rocher, 1998, -p.9.-

[19] MAURICE M.J., BOUTROY J.L., SCHWEITZER M.
Activité obstétricale 1999. Maternité Régionale de Nancy.
Nancy, 1999., -p.16.-

[20] MORIN P.
Schéma : Dystocie des épaules.
In : L'accouchement.
Paris : Flammarion, 1965

[21] MOUNZIL C., TAZI Z., NABIL S.
Mémoire original : L'accouchement du fœtus macrosome : contribution à la prévention du traumatisme obstétricale. A propos de 384 cas.
In : Rev ; Fr ; Gynécol. Obstét., 1999., -p.478-485.-

[22] PAPIERNIK E., CABROL D.,PONS J.C.
La dystocie des épaules.
In : Profession sage-femme ,Panorama, Déc. 1998, 52, -p.3.-

[23] PAPIERNIK E., CABROL D., PONS J.C.
Dystocie des épaules.
Paris : Flammarion, Obstétrique, 1995.,-p.1584.-

[24] ROZENBERG P.
Dystocie des épaules.
In : ABC de gynéco- obstétrique / Manœuvres Obstétricales
Paris : Masson, 1992., -p.27-37.-

[25] SCHAAL J.P., BERTHET J., RIETHMULLER D.
Dystocie des épaules : les manœuvres.
In : Asssises Nationales des Sages-Femmes
Nantes, Mai 2001, -p.13-14.-

[26] SCHAAL J.P., RIETHMULLER D., BAULARD J., MAILLET R.
Présentation d'une formation à la mécanique et aux techniques obstétricales à l'usage des sages-femmes.
In : Journées d'études et de formation/ 25èmes Assises Nationales des sages-femmes/ 8ème Session Européenne/ Compte-rendu scientifique.
Besançon. Micropolis. 28-30 Mai 1997.

[27] SEGUIN C.
La responsabilité de la sage-femme. -p.133-144.-
In : Journées d'études et de formation/ 22èmes Assises Nationales des sages-femmes/ 5ème Session Européenne/ Compte-rendu scientifique.
Paris. Cité des sciences de la Villette. 18-20 Mai 1994.

[28] SICOT C.
Rapports du Conseil Médical du GAMM sur l'exercice 1997, 1998, 1999.
Paris : Le Concours Médical, 1997., 1998., 1999.

[29] SOUTHOUL J.H.
Conduite à tenir devant une plainte ou une menace de plainte en responsabilité médicale.
In : Table ronde : La responsabilité des sages-femmes.
Journées d'études et de formation/ 16èmes Assises Nationales des sages-femmes/ Compte-rendu scientifique.
Fort-de-France. Hôtel Méridien. Les Trois Ilets. 4 Déc.-11Déc. 1988.

[30] SOUTOUL J.H., BARDIN-BEDU C.
La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux de la sage-femme.
Paris : Maloine, 1993., -p. 319-329.-

[31] SOUTOUL J.H., SEGUIN C., GIBAULT C.
La sage-femme face aux juges.
Paris : Ellipses/ Edition marketing S.A.,1996., -p.17-27.-

SCD-UHP - NANCY 1 BIBLIOTHEQUE MEDECINE

[32] TREISSER A.
Dystocie des épaules.
In : Obstétrique by PAPIERNIK E., CABROL D., PONS J.C.
Paris : Flammarion médecine-Sciences, 1995., 104, -p.1347-1351.-

[33] VAN LIERDE M.
La dystocie des épaules.
In : Références en Gynécologie Obstétrique, 1994., 2,-p.31-37.-

[34] VAN LIERDE M.
La dystocie des épaules.
http : // pro.gyneweb.fr / pro html

[35] VERSPYCK E., GOFFINET F., HELLOT M.F.
Diamètre bi-acromial du nouveau-né : variations physiologiques et valeur prédictive pour la dystocie des épaules.
In : J. Gyn. Obst. Biol. Reprod., 2000., 29, -p.192-196.-

DIVERS :

[36] Résumés de Jurisprudences des Arrêts des Cours d'Appel de Lyon et Montpellier fournies par Maître Masson et Madama Kaziz (service de documentation du Sou Médical).

SCD-UHP - NANCY BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

TABLE DES MATIERES

CITATION ---------- **p.3**

REMERCIEMENTS ---------- **p.4**

SOMMAIRE ---------- **p.5**

PREFACE ---------- **p.6**

INTRODUCTION ---------- **p.7**

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS UTILISEES ---------- **p.8**

I - Première partie : La DDE, contexte de survenue, conséquences.

I- GENERALITES ---------- **p.10**
I-1. Définitions ---------- p.10
I-1.1. Définition anatomique ou mécanique ---------- p.10
I-1.1.1. Dystocie modérée ---------- p.10
I-1.1.2. Dystocie sévère ---------- p.10
I-1.2. Définition clinique ou fonctionnelle ---------- p.11
I-1.3. Définition restrictive ---------- p.12
I-2. Fréquence ---------- p.12
I-3. Mécanisme de l'accouchement normal des épaules ---------- p.13
I-4. Mécanisme de la dystocie des épaules ---------- p.15

II- FACTEURS PREDICTIFS ---------- **p.16**
II-1. Facteurs de risques maternels ---------- p.16
II-1.1. Poids de naissance maternel élevé ---------- p.16
II-1.2. Taille de la mère ---------- p.16
II-1.3. Obésité maternelle ---------- p.16
II-1.4. Age de la mère ---------- p.17
II-1.5. Multiparité ---------- p.17
II-1.6. Antécédents de macrosomie ---------- p.17
II-1.7. Dystocie des épaules antérieure ---------- p.17
II-1.8. Prise de poids pendant la grossesse ---------- p.18
II-1.9. Dépassement de terme ---------- p.18
II-1.10. Diabète gestationnel ---------- p.18
II-2. Facteurs de risques fœtaux ---------- p.18
II-2.1. Sexe du fœtus ---------- p.19
II-2.2. Macrosomie fœtale ---------- p.19
II-3. Facteurs de risques liés aux anomalies du travail ---------- p.19
II-3.1. Prolongement de la deuxième phase du travail ---------- p.19

II-3.2. Utilisation de forceps / Extractions instrumentales ---------- p.20
II-4. Valeur prédictive des facteurs de risques ---------- p.20
III- CONSEQUENCES ---------- **p.20**
III-1. Complications maternelles ---------- p.20
III-2. Complications fœtales ---------- p.21
III-2.1. Mortalité périnatale ---------- p.21
III-2.2. Morbidité néonatale ---------- p.21
III-2.3. Mécanisme de la lésion du plexus brachial ---------- p.23
III-2.3.1. Définition ---------- p.23
III-2.3.2. Nature et topographie des lésions ---------- p.23

II- Deuxième partie : Questionnaire : présentation des résultats

I- MATERIEL ET MEHODES ---------- **p.27**
I-1. Type d'enquête ---------- p.27
I-2. Distribution du questionnaire ---------- p.27
I-3. Population concernée ---------- p.28
I-4. Présentation du questionnaire ---------- p.29
I-4.1. Première partie ---------- p.29
I.4.2. Deuxième partie ---------- p.29
I-4.3. Troisième partie ---------- p.30

II- PRESENTATION DES RESULTATS ---------- **p.30**

II.1. Questions d'ordre général ---------- p.31
II.2. Questions en rapport avec le contexte de survenue de la DDE et sa prise en charge concrète ---------- p.33
II.3. La sage-femme face au médico-légal ---------- p.48

III- Troisième partie : Traitement, prévention ... , solutions ?

I- INTERPRETATION DES RESULTATS ---------- **p.54**

I- 1. Synthèse de l'enquête ---------- p.54
I- 2. Comparaison des résultats à ceux d'une enquête récente ---------- p.57

II- TRAITEMENT DE LA DYSTOCIE DES EPAULES ---------- **p.59**
II-1. Généralités ---------- p.59
II-2. Manœuvres ---------- p.60
II-2.1. En cas de difficulté aux épaules ou dystocie modérée ---------- p.60
II-2.1.1. Compression supra-pubienne de l'épaule ---------- p.60
II-2.1.2. Manœuvre de Mac Roberts ---------- p.60
II-2.1.3. Manœuvre de Couder ---------- p.61
II-2.1.4. Manœuvre de Wood ---------- p.61
II-2.1.5. Manœuvre de Hibbard ---------- p.62
II-2.2. Dystocie sévère des épaules ---------- p.62
II-2.2.1. Manœuvre de Jacquemier ---------- p.62
II-2.2.2. Manœuvre de Zavanelli ---------- p.65

SCD-UHP - NANCY BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

II-3. Nouvelles manœuvres proposées ---------- p.65
II-4. Conclusion ---------- p.67

III- PREVENTION DE LA DYSTOCIE DES EPAULES ---------- p.69
III-1. Dépistage clinique ---------- p.69
III-1.1. Mesure de la hauteur utérine ---------- p.69
III-1.2. Prévention du diabète gestationnel ---------- p.69
III-2. Dépistage échographique ---------- p.69
III-2.1. Estimation pondérale fœtale ---------- p.70
III-2.2. Mesure du diamètre bi-acromial ---------- p.70
III-3. Intérêt d'une prévention par césarienne ---------- p.71
III-4. Formation des sages-femmes à la détection des facteurs prédictifs, aux conduites à tenir ---------- p.71

IV- PREVENTION DU RISQUE MEDICO-LEGAL ---------- p.72
IV-1. Les différentes responsabilités de la sage-femme ---------- p.72
IV-1.1. Responsabilité morale ---------- p.72
IV-1.2. Responsabilité disciplinaire ---------- p.72
IV-1.3. Responsabilité civile ---------- p.73
IV-1.4. Responsabilité pénale ---------- p.73
IV-1.5. Responsabilité administrative ---------- p.73
IV-.2. Responsabilité en fonction du mode d'exercice ---------- p.73
IV-2.1. En secteur libéral ---------- p.74
IV-2.2. En secteur public ---------- p.74
IV-2.3. En secteur privé ---------- p.74
IV-3. Exemple de procès ayant mis en cause la responsabilité de la sage-femme suite à une DDE ---------- p.75
IV-3.1. Première jurisprudence ---------- p.76
IV-3.2. Deuxième jurisprudence ---------- p.77
IV-3.3. Arrêt de la Cour d'Appel de Montpellier ---------- p.77
IV-4. Conduite à tenir devant une plainte ou une menace de plainte ---------- p.78
IV-4.1. Bases de la plainte ---------- p.78
IV-4.2. Déclenchement de la plainte ---------- p.79
IV-4.3. Conduite à tenir ---------- p.80
IV-4.3.1. Ce qu'il faut faire ---------- p.80
IV-4.3.2. Ce qu'il ne faut pas faire ---------- p.80

V- SOLUTIONS ? ---------- p.81
V-1. Formations continues ---------- p.81
V-1.1. Ateliers pratiques ---------- p.81
V-1.2. Diplôme Universitaire de Mécanique et Techniques Obstétricales ---------- p.81
V-2. Feuillet résumant la CAT en cas de DDE ---------- p.82

CONCLUSION ---------- p.83
BIBLIOGRAPHIE ---------- p.84
TABLE DES MATIERES ---------- p.88
ANNEXES ---------- p.91

ANNEXES

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

QUESTIONNAIRE :

La dystocie des épaules (DDE) : responsabilités en salle des naissances, points de vue des sages-femmes.

Je suis élève sage-femme en quatrième année à l'école de Nancy. J'élabore un mémoire de fin d'études sur la dystocie des épaules, la responsabilité des sages-femmes en salle de naissances face à une dystocie, leurs connaissances sur cet accident rare, mais redoutable...et redouté.

Ce questionnaire restera anonyme (à glisser dans l'enveloppe ci-jointe).

Je vous remercie d'ores et déjà de votre collaboration et du temps que vous allez consacrer aux réponses.

QUESTIONS D'ORDRE GENERAL

1) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?.....

2) Depuis combien de temps exercez-vous en salle de naissances ?

depuis.....ans.

3) Quel est le nombre d'accouchements annuels réalisés dans votre établissement ?

≈.....accouchements par an

4) La maternité dans laquelle vous exercez est de niveau I ☐ , II ☐ ,ou III ☐ ?

LA DDE : CONTEXTE ET PRISE EN CHARGE CONCRETE

1) Pouvez-vous donner une définition simple de la " vraie " DDE ou "dystocie sévère" ?

.....

.....

2) Selon vous, existe-t-il chez les patientes des antécédents généraux et /ou en rapport avec la grossesse permettant de prévoir une éventuelle DDE ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui, quels sont-ils ? .....

.....

.....

3) Au cours du travail et de l'expulsion, existe-t-il des évènements favorisant la survenue d'une DDE ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Si oui, quels sont-ils ?.....

.....

.....

4) Devant une DDE avérée, quelle pratique adoptez-vous et dans quel ordre ? (*Numérotez dans les cases.*)

→ manoeuvre de Jacquemier. ☐

→ manœuvre de Wood ☐

→ manoeuvre de Mac Roberts. ☐

→ traction sur la tête foetale. ☐

→ expression sur le fond utérin ☐

→ pratique d'une large épisiotomie. ☐

→ autre :..... ☐

.....

5) Avez-vous déjà été confronté(e) à une DDE ? oui ☐ non ☐

b) Quels étaient les éléments permettant de la prévoir ?.....

.....

c) Le diagnostic de DDE a-t-il été posé immédiatement ?

oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?.....

.....

6) Lors de la réalisation de la manoeuvre de Jacquemier, il faut :

Abaisser le bras postérieur..... ☐

Abaisser le bras antérieur..... . ☐

Ne sait pas..... ☐

7) Avez-vous déjà suivi des formations pratiques (avec mannequins) sur la conduite à tenir vis-à-vis d'une DDE ?

→ lors de votre formation en école de sages-femmes : oui ☐ non ☐

→ depuis que vous exercez : oui ☐ non ☐

Si oui, avez-vous jugé cet enseignement suffisant ? ☐ insuffisant ? ☐

Argumentez votre réponse :.....

.....

.....

8) Avez-vous connaissance d'un protocole ou " arbre décisionnel " dans votre service concernant la conduite à tenir en cas de DDE ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

9) Ressentez-vous le besoin de participer à une formation théorique et /ou pratique actuellement ? oui ☐ non ☐

Commentaires :.....

.....

LA SAGE-FEMME FACE AU MEDICO-LEGAL

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

1) En matière de " risque médico-légal " en général, vous vous sentez :

☐ peu
☐ moyennement } concerné(e).
☐ très

2) Avez-vous déjà été confronté(e) à une plainte ?: oui ☐ non ☐
à une menace de plainte ?: oui ☐ non ☐

Si oui, combien de temps après l'accident ou l'incident ?.....

Quel était le motif ou contexte de la plainte ?.....

.....

.....

3) Selon vous, quels sont les éléments importants qui dégageront votre responsabilité si vous êtes impliqué(e)s dans un procès suite aux complications d'une DDE ?

⇨ Au niveau du dossier médical :.....

.....

⇨ Autres :.....

.....

.....

[Questionnaire proposé par : Delphine CORRETTE / Ecole de sages-femmes / Rue du Docteur Heydenreich / 54042 NANCY Cédex]

Merci de votre collaboration.

CONDUITE PRATIQUE A TENIR EN CAS DE DYSTOCIE DES EPAULES

Réalisé par Delphine CORRETTE
Etudiante sage-femme
Promotion 1997-2001

FACTEURS DE RISQUES [3]

LIES AUX ANTECEDENTS

- Poids de naissance élevé de la mère
- Antécédent de dystocie des épaules
- Macrosomie
- Diabète
- Obésité
- Multiparité
- Age maternel élevé

CONNUS AVANT LE TRAVAIL

- Augmentation de la Hauteur Utérine
- Diabète gestationnel
- Prise de poids excessive
- Gros enfant
- Augmentation de la hauteur utérine
- Petite taille maternelle
- Anomalie du bassin (taille/ Forme)
- Terme Dépassé
- Diamètre abdominal transverse > BIP + 1,5 cm

OBSERVATIONS EN COURS DE TRAVAIL

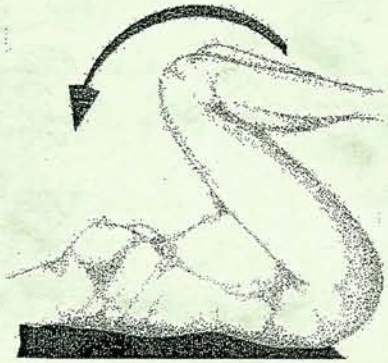
- travail prolongé : – dilatation longue
  – <u>engagement long, difficile</u>
- Modelage de la tête / Bosse séro-sanguine
- Nécessité d'aide instrumentale au détroit moyen

CONDUITE PRATIQUE A TENIR FACE A UNE D.D.E. OU SUSPICION DE D.D.E.

SUSPICION / PREVENTION

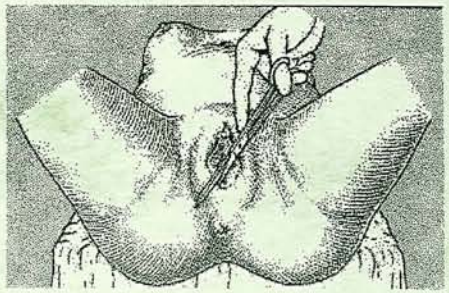
Manœuvre de Mac Roberts [1]:

Hyperflexion forcée des cuisses sur le ventre, le siège débordant de la table d'accouchement.



+

Pratique d'une large **Episiotomie**, de façon précoce [3].

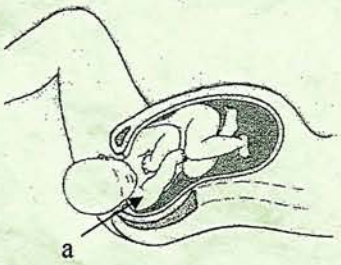


DIAGNOSTIC : au Toucher Vaginal profond : la main de l'opérateur pénètre dans l'excavation en arrière.

Si présence de l'épaule postérieure dans l'excavation

→ **Dystocie mineure**

L'épaule postérieure (a) est engagée dans l'excavation ⇒ pelvienne [4].

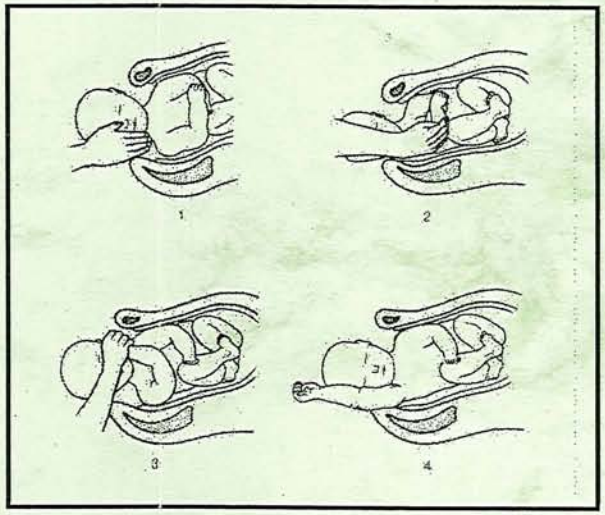


Dans ce cas, la traction prudente de la tête vers le bas associée à une **Pression sus-pubienne** (obliquement vers le haut) par un assistant suffit à engager le moignon de l'épaule antérieure [2].

Si excavation vide → **Dystocie sévère ou Majeure des Epaules**

⇐ Les 2 épaules sont accrochées au détroit supérieur [4].

↓



Manœuvre de Jacquemier :

= consiste à abaisser le bras postérieur fœtal (à l'aide de la main gauche si dos à gauche) pour transformer le diamètre bi-acromial fœtal en diamètre acromio-thoracique [4].

C'est «la seule manœuvre de sauvetage de la situation».

FACTEURS DE RISQUES [3]

LIES AUX ANTECEDENTS

- Poids de naissance élevé de la mère
- Antécédent de dystocie des épaules
- Macrosomie
- Diabète
- Obésité
- Multiparité
- Age maternel élevé

CONNUS AVANT LE TRAVAIL

- Augmentation de la Hauteur Utérine
- Diabète gestationnel
- Prise de poids excessive
- Gros enfant
- Augmentation de la hauteur utérine
- Petite taille maternelle
- Anomalie du bassin (taille/ Forme)
- Terme Dépassé
- Diamètre abdominal transverse > BIP + 1,5 cm

OBSERVATIONS EN COURS DE TRAVAIL

- travail prolongé : – dilatation longue
  – engagement long, difficile
- Modelage de la tête / Bosse séro-sanguine
- Nécessité d'aide instrumentale au détroit moyen

CONSEQUENCES [6]

Néonatales :

- Anoxie périnatale grave : séquelles neurologiques, décès.
- Lésion du plexus brachial : élongation, rupture des racines
- Lésions médullaires : séquelles du système nerveux périphérique.
- Lésions squelettiques : clavicule, humérus, colonne cervicale.

Maternelles :

- Pathologie traumatique.
- Hémorragies de la délivrance.
- Complications infectieuses.

RECOMMANDATIONS / ASPECT MEDICO-LEGAL [5]

• *Dans tous les cas :*
- Réévaluer les conditions obstétricales en début de travail.
- Justifier en clair sur le dossier la décision de voie d'accouchement.
- Participer régulièrement à des formations pratiques concernant les manœuvres.

• *Si suspicion de DDE ou survenue d'une DDE :*
- Présence de l'équipe obstétricale au complet lors de l'expulsion (Obstétricien, pédiatre et anesthésiste).
- Suivre l'arbre décisionnel ou protocole établi dans le service.

• *Si accident* malgré tout et *mise en cause dans un procès,* il faut pouvoir prouver que:
- Il y a eu une DDE et ses manœuvres ;
- Le diagnostic de DDE a été posé (immédiatement) ;
- La DDE n'était pas prévue (sauf antécédent), ni prévisible ;
- L'escalade des gestes techniques était « connue », et a été pratiquée ;

+ – Photocopier l'ensemble du dossier médical,
- Rédiger un rapport précoce et détaillé des faits,
- Informer immédiatement les plaignants potentiels

→ Garder son sang froid, et sa confiance en soi !

CORRETTE Delphine

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 1997-2001

INTITULE :

"La sage-femme doit-elle craindre la dystocie des épaules?"

MOTS-CLES :

Dystocie des épaules, sage-femme, manœuvres obstétricales, médico-légal, macrosomie fœtale, atteinte du plexus brachial.

DOMAINE :

Obstétrique.

RESUME :

La dystocie des épaules est une complication de l'accouchement, rare mais redoutée.

Les sages-femmes s'y trouvent les premières confrontées, et pour y faire face de façon efficace, doivent savoir dépister ses facteurs de risques, connaître ses conséquences, ainsi que les différentes manœuvres obstétricales à appliquer dans les plus brefs délais.

Quelles sont donc les connaissances des sages-femmes à ce sujet? Comment prennent-elles en charge la dystocie des épaules ? Qu'en est-il de leurs responsabilités et des conséquences médico-légales qui en découlent?

Enfin, quelle(s) solution(s) apporter pour une prise en charge optimale de cette urgence obstétricale?