



HAL
open science

Siège et nullipare, mode d'accouchement en France en 2020 et suivi des dernières recommandations du CNGOF : étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles dans les maternités françaises en 2020

Aline Poterlot

► **To cite this version:**

Aline Poterlot. Siège et nullipare, mode d'accouchement en France en 2020 et suivi des dernières recommandations du CNGOF : étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles dans les maternités françaises en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870487

HAL Id: hal-03870487

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870487v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Siège et nullipare, mode d'accouchement en France en 2020

Et suivi des dernières recommandations du CNGOF

Etude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles
dans les maternités françaises en 2020

Mémoire présenté et soutenu par

Aline POTERLOT

Née le 4 juin 1997

Directeur de mémoire : MERGEN-MOREL Catherine, Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Dr ROESCH Marion, gynécologue-obstétricienne

Promotion 2017 - 2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Siège et nullipare, mode d'accouchement en France en 2020

Et suivi des dernières recommandations du CNGOF

Etude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles
dans les maternités françaises en 2020

Mémoire présenté et soutenu par

Aline POTERLOT

Née le 4 juin 1997

Directeur de mémoire : MERGEN-MOREL Catherine, Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Dr ROESCH Marion, gynécologue-obstétricienne

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apportée leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier ma directrice de mémoire, Madame Mergen-Morel Catherine qui, avec bienveillance, confiance, patience et écoute, a consacré beaucoup de temps à la finalisation de ce travail. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mon experte de mémoire, Docteur Roesch Marion, qui m'a accompagnée avec disponibilité, investissement et m'a apportée de judicieux conseils contribuant à alimenter ma réflexion.

Un grand merci à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation et qui m'ont transmis leur passion et leur savoir. A toutes les structures qui m'ont accueillie et m'ont permis d'être la sage-femme en devenir que je suis aujourd'hui.

Merci à tous les coordinateurs sages-femmes qui ont pris le temps de participer à mon étude.

Au Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, l'Université de Lorraine et l'école de Sage-Femme de Metz, qui m'ont permis de réaliser cette formation.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de mon école de Sage-Femme et les intervenants professionnels qui ont été présents pendant ces quatre années de formation.

Un grand merci à mes parents, mon frère et ma famille pour leur soutien précieux, leur présence et leur amour tout au long de mes études. Merci de m'avoir toujours encouragée.

Merci à mes amies de promotion pour tout ce que vous m'avez apporté durant ces quatre années et pour ce que vous m'apporterez dans le futur.

Merci à mes ami(e)s de longue date, pour la fidélité de votre amitié, qui est si importante à mes yeux et merci pour votre contribution à mon travail.

Glossaire :

ARCF = Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtale

AVB = Accouchement Voie Basse

BIP = Diamètre Bipariétal

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CP = Césarienne Programmée

EPF = Estimation de Poids Fœtal

IRM = Imagerie à Résonance Magnétique

JC = Jésus Christ

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RCF = Rythme Cardiaque Fœtale

RCIU = Retard de Croissance Intra-Utérin

SA = Semaine d'Aménorrhée

SIDA = sacro-iliaque droit antérieur

SIDP = sacro-iliaque droit postérieur

SIGA = sacro-iliaque gauche antérieur

SIGP = sacro-iliaque gauche postérieur

TBT = Term Breech Trial

TVB = Tentative de Voie Basse

VME = Version par Manœuvre Externe

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PARTIE 1 :	10
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	10
1.1. GENERALITE SUR LE SIEGE	10
1.1.1. Définition du siège	10
1.1.2. Etiologies	11
1.1.3. Méthode de modifications de la présentation	12
1.1.4. Mécanisme de l'accouchement du siège.....	14
1.2. LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF DE 2020	18
1.3. HISTORIQUE DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE.....	19
1.3.1. De l'Antiquité au XXème siècle	19
1.3.2. Bouleversement suite à la publication du Term Breech Trial	20
1.3.3. Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en 2000	21
1.3.4. Les réactions face au Term Breech Trial, l'enquête PREMODA.....	21
1.4. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE	22
1.5. INFORMATION ET ORGANISATION EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE	23
PARTIE 2 :	25
2. METHODOLOGIE	25
2.1. PROBLEMATIQUE	25
2.2. OBJECTIFS	25
2.2.1. Bénéfice attendu.....	25
2.2.2. Objectif principal	25
2.2.3. Objectifs secondaires	25
2.3. HYPOTHESES	25
2.4. MATERIELS ET METHODES ENVISAGEES.....	26
2.4.1. Type d'étude	26
2.4.2. Population d'étude.....	26
2.4.3. Critères de jugement principal et secondaire	27

2.4.4.	Recueil de données.....	27
2.4.5.	Gestion de données	27
2.4.6.	Lieux de l'étude	27
2.4.7.	Période de l'étude.....	27
2.4.8.	Procédure de minimisation des biais.....	27
PARTIE 3 :		28
3.	RESULTATS	28
3.1.	LES MATERNITES	28
3.1.1.	Le type de maternités	28
3.1.2.	Les régions	29
3.2.	QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE	30
3.2.1.	Quelques chiffres concernant l'accouchement du siège et les nullipares	31
3.3.	L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DU CNGOF 2020	32
3.3.1.	L'utilisation de la pelvimétrie en vue d'un accouchement du siège de nullipare	32
3.3.2.	Le déclenchement de la présentation du siège chez les nullipares	32
3.3.3.	L'estimation du poids fœtal lors d'une présentation podalique.....	33
3.3.4.	La place de l'analgésie péridurale dans l'accouchement du siège.....	33
3.3.5.	L'épisiotomie lors d'un accouchement du siège chez une nullipare.....	33
3.3.6.	La césarienne programmée systématique et la présentation du siège	34
3.3.7.	L'amniotomie pendant l'accouchement du siège.....	34
3.4.	REALISATION DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE.....	34
3.4.1.	Les personnels soignants pratiquant l'accouchement du siège chez les nullipares....	34
3.4.2.	Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les nullipares	35
3.4.3.	Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les multipares.....	35
3.4.4.	Quelle est la place de la sage-femme dans l'accouchement du siège ?.....	36
3.4.5.	Les maternités et l'accouchement du siège voie basse	36
3.4.6.	La présentation podalique, eutocique ou dystocique ?	37
3.4.7.	La place de la femme dans le choix du mode d'accouchement.....	37
PARTIE 4 :		39
4.	DISCUSSION	39

4.1. CRITIQUE DE L'ETUDE	39
4.1.1. Avantages.....	39
4.1.2. Limites	39
4.2. ANALYSE DES RESULTATS, REPONSES AUX HYPOTHESES ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE	40
4.2.1. Accouchement du siège : voie basse ou césarienne programmée ?	40
4.2.2. La place de la sage-femme	40
4.2.3. La pelvimétrie	41
4.2.4. Le déclenchement	42
4.2.5. L'amniotomie	42
4.2.6. L'analgésie péridurale	43
4.2.7. L'épisiotomie.....	43
4.2.8. La place de la femme dans la décision du mode d'accouchement	43
4.3. OUVERTURE	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	52

INTRODUCTION

En tant qu'étudiante sage-femme, réaliser mon mémoire sur l'accouchement du siège m'est vite apparu comme une évidence, ce sujet ayant un rapport avec mon histoire. Lorsque j'ai fait mes premiers pas à l'école de sage-femme et que j'ai appris, en détails, comment se passait un accouchement, j'ai tout de suite voulu savoir comment s'était passé ma naissance. J'ai donc demandé à ma mère de me la raconter, avec beaucoup de détails. Elle m'a donc expliqué que j'étais née par voie basse et en présentation du siège. Étant la première de la fratrie, ce ne fut pas une expérience facile pour un premier accouchement. Mais malgré tout, cela reste un merveilleux souvenir pour mes parents.

Durant mon cursus, j'ai pu accompagner des femmes enceintes d'un fœtus en présentation du siège. J'ai constaté l'angoisse qu'entraînait cette position pour les parents. Pourtant les accouchements du siège auxquels j'ai assisté ont tous été brillants et sans problème. Il était donc normal pour moi de rassurer les futurs parents, tout en leur expliquant comment cela allait se passer, mais aussi les risques qui existaient.

En me documentant sur la présentation du siège, j'ai fait le constat que depuis l'Antiquité, la présentation du siège entraînait des débats, des polémiques, des angoisses et beaucoup d'intérêts. Cette présentation vue par certains comme potentiellement dystocique est au cœur des débats depuis de nombreuses années. J'ai voulu savoir ce qu'il en était aujourd'hui en France, en 2020, et plus précisément pour une nullipare enceinte d'un fœtus en présentation du siège.

L'objectif de cette étude quantitative, descriptive était d'identifier les modes d'accouchement de la présentation podalique chez les nullipares ainsi que les pratiques professionnelles, selon les maternités françaises, de manière plus imagée, au-dessus et en dessous de la Loire ainsi que l'application des recommandations du CNGOF de 2020.

Dans une première partie, la présentation podalique, ses étiologies, la mécanique obstétricale du siège, ainsi que ses complications seront présentées. Suivra un rappel sur l'histoire du mode d'accouchement du siège, ainsi que le rôle et la place de la sage-femme pour cette présentation.

La seconde partie traitera de la méthodologie de l'étude qui a été réalisée. Dans une troisième, les résultats obtenus seront présentés, puis dans une dernière partie, ils seront discutés.

PARTIE 1 :

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. GENERALITE SUR LE SIEGE

1.1.1. Définition du siège

La présentation du siège également appelée « présentation podalique », signifiant la présentation par les pieds, est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin. Elle se rencontre pour environ 5% des patientes en France. Cette fréquence de présentation diminue avec l'avancement de l'âge gestationnel. Son incidence est moins importante après 37 semaines d'aménorrhées (SA) et ne représentent plus que 3% des accouchements à terme. Parmi ces 3%, autour de 5% sont des sièges dits « inopinés ». [1 ; 2]

Il existe trois modalités de présentation en fonction de la position des membres inférieurs du fœtus :

- Le siège décomplété ou mode des fesses, c'est la modalité la plus fréquente, on la retrouve dans 2/3 des cas. Les hanches sont fléchies, les genoux en extension devant le tronc. Les pieds se trouvent ainsi à la hauteur de la tête du fœtus. [1 ; 2]



Figure 1 : siège décomplété [3]

- Le siège complet est moins fréquent, il représente 1/3 des cas. Le fœtus est dans son attitude typique : les bras et les jambes sont repliés et plaqués contre le tronc. Les hanches et les genoux sont fléchis. Le fœtus est en quelque sorte assis « en tailleur ». [1 ; 2]



Figure 2 : siège complet [3]

- Le siège semi-complet ou semi décomplété est rare. Un seul des membres inférieurs du fœtus est relevé devant le tronc. [1 ; 2]



Figure 3 : siège semi-décomplété [3]

L'orientation du siège est définie par la position du sacrum par rapport au détroit supérieur : sacro-iliaque gauche antérieur (SIGA), sacro-iliaque droite postérieur (SIDP), sacro-iliaque gauche postérieur (SIGP), sacro-iliaque droite antérieur (SIDA) par ordre de fréquence. [1 ; 2]

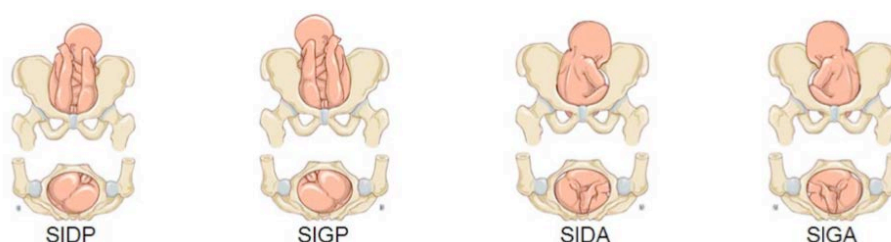


Figure 4 : Les différentes orientations du siège [2]

1.1.2. Etiologies

Dans 95% des cas, il existe une bascule spontanée du fœtus au septième mois (adaptation du contenu au contenant) à la suite de la modification de la forme de l'utérus, liée à la formation du segment inférieur. Le siège rejoint donc le fond utérin (pôle fœtal le plus volumineux vers la partie la plus large de l'utérus). Mais dans la présentation podalique, la loi de Pajot (loi selon laquelle le fœtus adapte sa position intra-utérine au cours de la grossesse en fonction de la morphologie de la cavité endo-utérine) est mise à défaut par diverses circonstances. [1 ; 2]

1.1.2.1. Les causes maternelles

Les anomalies congénitales telles que les malformations utérines, l'hypoplasie utérine et les tumeurs intrinsèques (fibrome, kyste ovarien, etc.) peuvent déformer la cavité utérine, cela peut empêcher le fœtus de faire la bascule et de place le siège au niveau du fond utérin. Les anomalies au niveau du bassin peuvent elles-aussi empêcher le fœtus de changer de position. Il y a également les anomalies acquises comme la multiparité où l'utérus est vaste et hypotonique, ainsi que la primiparité

chez les femmes plus âgées où leur utérus est hypertonique. Ces causes sont, elles aussi, un obstacle au changement de positions du fœtus. [1 ; 2]

1.1.2.2. Les causes fœtales

La prématurité est une des étiologies principales de la présentation podalique. En effet, le fœtus prématuré n'a pas eu le temps de faire la bascule. Certaines malformations (telles que l'hydrocéphalie, l'anencéphalie et la dolichocéphalie) ainsi que l'hyper extension de la tête fœtale sont également des causes de présentation du siège. Les anomalies fœtales sont plus fréquentes en cas de présentation podalique. [1 ; 2]

1.1.2.3. Les causes ovulaires

Il existe des anomalies de quantité de liquide amniotique telles que l'hydramnios, l'excès de liquide amniotique, qui distendent l'utérus, le fœtus a ainsi de la place pour bouger et peut donc se positionner facilement en siège. L'oligoamnios, quant à lui, diminue la mobilité fœtale.

Les grossesses multiples peuvent aussi favoriser la présentation podalique car les fœtus n'ont pas forcément de place pour se retourner.

Le placenta praevia peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale.

Il existe également des causes funiculaires. Ainsi peuvent être rencontrés : une brièveté du cordon, primaire ou secondaire, un cordon en écharpe ou une circulaire, qui vont réduire la mobilité du fœtus et entraver ses mouvements. [1]

1.1.3. Méthode de modifications de la présentation

La présentation en siège est physiologique et la culbute se fait de façon spontanée. Mais la présentation podalique est vue comme une présentation dystocique par la plupart des personnels de santé. Des méthodes de retournement de la présentation podalique en présentation céphalique sont donc proposées à la patiente.

1.1.3.1. La version par manœuvre externe

La version par manœuvre externe (VME) se réalise par des manipulations du fœtus à travers la paroi abdominale et va permettre de transformer une présentation podalique en une présentation céphalique. Elle est réalisée aux alentours de 36-37 SA. Pour la nullipare, la période optimale se situe autour de la 36^{ème} SA. La tentative de VME avant 37 SA augmente les chances de présentation céphalique à la naissance, mais il y a un risque modéré de prématurité associé. La VME peut également diminuer le taux de césarienne. La patiente enceinte d'un siège doit être informée de cette possibilité de VME et celle-ci est réalisée si la patiente le souhaite. [4-5]

Les principaux facteurs associés à la réussite d'une VME sont la multiparité et l'absence d'obésité maternelle. L'antécédent d'utérus cicatriciel n'est pas une contre-indication à la VME. Les contre-indications absolues de la VME sont : l'anomie du bassin excluant un accouchement voie basse, les grossesses multiples, le saignement au 3^{ème} trimestre d'origine inconnue, le placenta praevia, les

malformations fœtales sévères, la rupture prématurée des membranes, les anomalies de fréquence cardiaque fœtale, les malformations utérines, la chirurgie utérine antérieure à l'exclusion de la césarienne, la tête fœtale en hyper-extension, la circulaire du cordon, l'allo-immunisation fœto-maternelle, la sérologie VIH+, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et bien évidemment le refus de la patiente. Les contre-indications relatives retrouvent la césarienne antérieure, l'obésité maternelle importante et l'oligoamnios.

Cependant, le taux de réussite de VME varie considérablement (50 à 60%). [4-5]

Il est recommandé de réaliser la VME dans une maternité où il est possible de réaliser une césarienne en urgence car la VME peut entraîner différentes complications tel qu'une hémorragie fœto-maternelle, l'altération du rythme cardiaque fœtale, la procidence du cordon, la rupture prématurée des membranes, la rupture utérine ou encore des décollements placentaires. Il est aussi recommandé d'utiliser une tocolyse en cas de tentative de VME pour augmenter le taux de succès grâce au relâchement utérin et d'inhiber d'éventuelles contractions utérines induites par la manœuvre. La réalisation d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtale (RCF) avant la réalisation de la VME et durant les trente minutes suivant celle-ci, est fait car il y a un risque d'anomalies transitoires du rythme cardiaque fœtale.

La patiente est installée en décubitus dorsal, les cuisses en semi-flexion. Dans un premier temps l'opérateur tente de remonter le siège fœtal pour l'éloigner du bassin maternel et le dirige vers une des deux fosses iliaques. Puis avec une main il essaie de remonter le siège vers le fond utérin et avec l'autre main, il fléchit la tête pour l'amener vers le col. Cette rotation peut être tentée dans les deux sens. L'opérateur peut essayer plusieurs fois, mais avec douceur.

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement le test de Kleihauer (recherches du passage des hématies fœtales dans le sang maternel) car le risque de positivité significative est faible (<0,1%). Mais pour les femmes avec un rhésus RH-1 négatif, il est nécessaire de veiller à la prophylaxie de l'allo-immunisation rhésus RH-1. [2 ; 6] (1)

1.1.3.2. La méthode du « pont passif »

Cette méthode a été créée en 1980 par Bayer, gynécologue autrichien. Il s'est inspiré de méthode de version spontanée du siège réalisé par les Incas. Lors de l'échographie du troisième trimestre (vers 32SA), la présentation du siège est dépistée. La méthode du « pont passif » est proposée à la femme afin de faciliter le retournement pour éviter la césarienne et favoriser l'accouchement voie basse en présentation du sommet. Pour la réalisation de ce « pont passif », la femme doit surélever ses vertèbres lombaires de 30 à 35 centimètres pendant 20 min, cela tous les jours, matin et soir. Elle réalise cette position jusqu'au moment où elle ressent une modification du site des mouvements fœtaux. Un contrôle échographique est tout de même réalisé. Si cette méthode ne marche pas, il est toujours possible d'avoir recours à une VME à 36 SA.

Une étude sur ce sujet a été réalisée par Boog en 2001. D'après ses résultats la position du pont passif a permis une nette diminution de la présentation du siège. [7-8] (2)

1.1.3.3. L'acupuncture

L'acupuncture est une branche de la médecine traditionnelle chinoise. Pour favoriser la version spontanée du fœtus en position du siège, il est possible de stimuler le point Zhiyin (point BL67). Plusieurs méthodes sont possibles. Il faut soit placer des aiguilles d'acupuncture à proximité de l'angle externe de l'ongle du cinquième orteil, puis les chauffer à l'aide d'un briquet jusqu'à ce que la femme ressente une sensation de chaleur, ou réaliser de la moxibustion à proximité de ce point. Cette pratique consiste à allumer un bâton de moxa et à l'approcher près de la peau au niveau du point d'acupuncture Zhiyin, jusqu'à ce que la sensation de chaleur ne soit plus supportable pour la femme. Ces méthodes se font sur les deux pieds.

Cardini et al, en 1900, ont réalisé une étude à ce sujet. 60,6% des fœtus en siège se sont retournés grâce à cette méthode, dont 48% chez les primigestes et 70% chez les multigestes.

La stimulation de ce point entraînerait une sécrétion d'hormones surrénaliennes chez la mère qui augmenterait la sécrétion d'œstrogène par l'unité fœto-placentaire mais aussi de prostaglandines. Suite à cela, la contractilité de l'utérus serait plus importante, entraînant une augmentation des mouvements actifs fœtaux qui pourrait permettre au fœtus de se retourner et de changer de présentation. [9-10] (3)

1.1.4. Mécanisme de l'accouchement du siège

1.1.4.1. Le suivi du travail

Lorsque les critères d'acceptations de la voie basse sont réunis, il n'est pas contre-indiqué de déclencher l'accouchement d'un fœtus en présentation du siège. Il n'a pas été prouvé qu'en cas de présentation du siège à terme, le déclenchement du travail soit associé à une morbidité périnatale accrue par rapport à un travail spontanée et à une césarienne programmée (y compris sur un col défavorable). Il est possible de déclencher en utilisant des prostaglandines et de l'ocytocine, cela dépend du Bishop.

Lors de la phase active du travail eutocique de la présentation podalique, la dilatation doit évoluer d'au moins un centimètre par heure chez la nullipare et d'au moins 1,5 centimètre par heure chez la multipare.

La poche des eaux doit être conservée le plus longtemps possible car c'est elle qui aide à la dilatation du col, la présentation podalique sollicite de façon moins importante celui-ci. Attendre la dilatation complète du col avant de rompre les membranes est préférable. Cela diminue aussi le risque de procidence du cordon.

Le toucher vaginal doit être prudent à membranes intactes pour préserver celles-ci. Il précise le mode de présentation : complet par perception des pieds ou décompleté par palpation des deux masses molles séparées par un sillon (pli interfessier). Il précise la variété de présentation : le repère est la crête sacrée.

Une surveillance du RCF est réalisée pendant tout le travail. S'il n'y a pas d'anomalie du rythme cardiaque fœtale (ARCF) et qu'il existe une stagnation de la dilatation, il faut d'abord éliminer une dystocie mécanique puis corriger l'hypocinésie en instaurant une perfusion d'ocytocine. Si la dystocie

dynamique persiste, une amniotomie est réalisée. Si le travail ne progresse pas malgré cela, la césarienne est envisagée.

Il faut encourager la patiente a demandé une analgésie péridurale car elle la soulage et permet un meilleur relâchement périnéal. De plus la péridurale permet à l'accoucheur de réaliser avec plus d'aisance les manœuvres obstétricales si cela est nécessaire. [1-2 ; 6 ; 11]

1.1.4.2. L'expulsion

La phase expulsive est à commencer à dilatation complète, lorsque le siège est engagé, le plus bas possible dans l'excavation pelvienne. Le mot d'ordre est de ne pas toucher le mobile fœtal. Il faut attendre le maximum de temps. La patiente doit pousser lorsque les fesses du fœtus sont sur le périnée, c'est-à-dire que le siège est à la vulve.

Cette phase ne doit pas dépasser 30 minutes. Une perfusion d'ocytocine est systématiquement posée pour permettre de régulariser les contractions utérines. Celles-ci doivent être efficaces car la femme sera encouragée à pousser uniquement lors des contractions.

Il est important que le mobile fœtal constitue un bloc homogène avec solidarisation de la tête en flexion, du tronc et des membres. Les mouvements de traction intempestifs sur le fœtus et les stimulations pour éviter la déflexion de la tête et le relèvement des bras seront évités.

Après le dégagement du siège, il est important de réaliser un dégagement rapide des épaules et de la tête pour minimiser les altérations de communications foeto-placentaires qui se font dès que l'ombilic est engagé dans le vagin. Des altérations du rythme sont très fréquentes pendant la phase d'expulsion.

La patiente est installée sur les étrières, vessie vidée, instruments à portés de main (spatules/forceps), équipe au complet. Lors de l'accouchement, la sage-femme, l'obstétricien, le pédiatre et l'anesthésiste doivent être présents. [1-2 ; 6 ; 11]

1.1.4.2.1. L'accouchement du siège

Dans un premier temps, l'accouchement du siège est réalisé. Le premier diamètre à traverser le bassin et les parties génitales est le bi-trochantérien, qui mesure neuf centimètres. Il s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. Lors de la descente le diamètre bi-trochantérien se met dans le plan vertical du détroit inférieur et il réalise une rotation de $1/8^{\text{ème}}$ de cercle. Lors du dégagement, la hanche antérieure sort la première, puis elle est suivie par la hanche postérieure. Pour le siège décompleté, appelé aussi mode des fesses, le siège « monte au Zénith », à ce moment une anse au cordon est réalisé en douceur pour favoriser les échanges entre le bébé et la mère. Durant ce temps, le bébé n'est pas touché, puis le siège redescend sous l'effet de la pesanteur. [1-2 ; 6]

1.1.4.2.2. L'accouchement des épaules

La deuxième étape est l'accouchement des épaules, on parle ici du diamètre biacromial, qui mesure 12 cm et qui est réductible par tassement à 9,5 cm. Une fois le siège sorti, le dos tourne en avant et le diamètre biacromial s'oriente dans un diamètre oblique du détroit supérieur. La descente et la rotation sont simultanées. [1-2 ; 6]

1.1.4.2.3. L'accouchement de la tête

Pour finir, l'accouchement de la tête dernière, avec un diamètre bipariétal qui mesure 9,5cm. L'engagement de celle-ci se réalise au même moment de la descente et du dégagement des épaules. L'orientation de la tête se fait, elle aussi, dans le diamètre oblique du détroit supérieur, mais dans celui opposé aux épaules. La tête descend et tourne en occipito-pubien. Et lors du dégagement, l'occiput tourne autour de la symphyse pubienne.

La tête n'est pas confrontée aux butées du bassin pour se fléchir, il n'y aura donc pas la même déformation plastique que pour un accouchement en présentation céphalique. [1-2 ; 6]

1.1.4.2.4. La méthode de Vermelin

Cette méthode est non interventionniste. L'opérateur est un « opérateur attentif », il surveille la survenue d'éventuelles dystocies et assiste à l'accouchement sans y toucher. L'expulsion se fait grâce aux contractions utérines et aux efforts expulsifs de la femme. L'opérateur place sous le périnée de la femme un plan horizontal pour réceptionner le fœtus, celui-ci va s'asseoir en tailleur dessus lors de l'expulsion. [12] (4)

1.1.4.3. Les anomalies de l'accouchement du siège

1.1.4.3.1. La rotation du dos en arrière et l'accrochage du menton

Lors de l'accouchement du siège, le dos doit absolument tourner en avant pour que l'occiput s'engage lui aussi en avant. Au contraire si l'occiput se tourne en arrière, la tête se défléchit et le menton s'accroche sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. Dans ce cas l'accouchement ne pourra se terminer. Ce phénomène mécanique est incompatible avec l'accouchement par voie basse. Il est primordial de surveiller la progression de la présentation. Et si le siège débute une rotation arrière il faudra pratiquer une contrainte en sens inverse. [1 ; 6] (5)

1.1.4.3.2. Le relèvement des bras du fœtus

Son origine est rarement liée à une disproportion foeto-pelvienne. Mais elle est plus souvent due à une cause iatrogène comme la traction sur le fœtus, une précipitation dans les manœuvres d'extraction, une expression abdominale intempestive ou des efforts expulsifs trop précoces. A ce moment-là, la tête fœtale est coincée et la descente ne peut se poursuivre. Ce phénomène est lui aussi incompatible avec un accouchement voie basse. Mais l'on pourra terminer l'accouchement en réalisant des manœuvres d'abaissement des bras.

Lors de l'accouchement du siège il est important de garder un bloc homogène tête-thorax et membres. [1 ; 6] (5)

1.1.4.3.3. La rétention de tête dernière non engagée

La rétention de tête dernière non engagée se produit lorsque le pôle céphalique est retenue au-dessus du détroit supérieur. La cause principale est la disproportion foeto-pelvienne qui peut être due à un rétrécissement pelvien méconnu ou à un excès de volume de la tête. La déflexion de la tête

lors de la rotation du dos en arrière peut également être une cause de rétention de tête. C'est une situation très compliquée qui nécessite la réalisation de manœuvre (manœuvre de Charpentier de Ribes et manœuvre de Zavanelli) ou l'utilisation d'instruments (forceps ou spatules). [1 ; 6]

1.1.4.3.4. La rétention de tête dernière engagée

La rétention de tête dernière engagée se produit lorsque la tête du fœtus est bloquée dans l'excavation pelvienne. Cela peut être due à une dystocie des parties molles lors d'un accouchement trop rapide ou à un rétrécissement du détroit moyen. Cette rétention de tête est plus facile à traiter. Des manœuvres sont utilisées pour dégager le fœtus, comme la manœuvre de Mauriceau ou encore celle de Bracht. [1 ; 6] (5)

1.1.4.3.5. La procidence du cordon

Elle est décrite comme moins dangereuse dans la présentation du siège comparée à la présentation céphalique. Mais il s'agit malgré tout d'une urgence majeure qui nécessite un accouchement par voie vaginale immédiat et rapide ou une césarienne. [1 ; 6]

1.1.4.4. Les manœuvres pour les épaules

Pour prévenir l'asphyxie fœtale et le risque de rétention de tête, il est conseillé de terminer l'accouchement en réalisant des manœuvres lorsque la pointe des omoplates apparaît à la vulve. [1-2 ; 13]

1.1.4.4.1. Manœuvre de Lovset

La traction se fait sur le bassin osseux entouré d'un champ stérile chaud, les 2 pouces sur le sacrum, les deuxième et troisième doigts sur les ailes iliaques. Il ne faut surtout pas saisir les parties molles lors de la réalisation de cette manœuvre car il y a un risque de lésion interne. Une traction du fœtus est effectuée, vers le bas dans l'axe ombilico-coccygien. Une première rotation du dos vers l'avant est réalisée pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse (mouvement de restitution). Puis une rotation à 180° est faite pour amener l'épaule postérieure en antérieure. L'épaule devenue antérieure se dégage et l'épaule devenue postérieure descend sous le promontoire.

Une deuxième rotation de 180° en sens inverse ramène l'épaule devenue postérieure à nouveau en antérieur sous la symphyse et elle s'engage.

Il s'agit d'une double conversion à 180° sans introduction de la main dans les voies génitales, sauf s'il y a un relèvement d'un bras. [1-2 ; 13] (6)

1.1.4.4.2. Manœuvre de Suzor

Dans un premier temps, l'épaule antérieure est amenée sous la symphyse et le bras antérieur se dégage. Et dans un deuxième temps, une rotation à 180° est réalisée pour transformer l'épaule postérieure en antérieur et elle se dégage. Au total il n'y a qu'une seule conversion. [1-2 ; 13] (6)

1.1.4.5. Les manœuvres pour la tête

Ces manœuvres permettent le dégagement de la tête fœtal.

1.1.4.5.1. Manœuvre de Mauriceau

Cette manœuvre se fait sur une tête engagée. L'enfant est à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue. Par un mouvement de flexion des doigts, le pôle céphalique est fléchi, sans violence, pour amener le menton sur le sternum. L'autre main exerce une traction simultanée sur les épaules fœtales en plaçant de part et d'autre du cou, sur les acromions, l'index et le majeur comme des bretelles. La traction est orientée très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien. L'occiput est alors calé sous la symphyse maternelle, puis le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de la mère, et le dégagement laisse progressivement apparaître la bouche, le nez et les yeux. Il faut veiller à contrôler le dégagement, ainsi que le périnée postérieur. [1-2 ; 13] (6)

1.1.4.5.2. Manœuvre de Bracht

Cette manœuvre est réalisée lorsque les omoplates fœtales apparaissent à la vulve. Les cuisses du fœtus sont saisies, puis sans brutalité, le tronc est ramené vers le haut en exerçant une traction modérée.

Enfin le dos de l'enfant est rabattu sur le ventre de la mère. Le plus souvent la tête sort spontanément. [1-2 ; 13] (6)

1.2. LES RECOMMANDATIONS DU CNGOF DE 2020

En janvier 2020, le Collège nationale des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) émet de nouvelles recommandations concernant la présentation du siège.

D'après le CNGOF, il n'y a pas de contre-indication pour déclencher la naissance d'un fœtus à terme en présentation du siège si les critères d'acceptation de voie basse sont présents. Cela n'entraîne pas d'augmentation de la morbidité périnatale comparé à un accouchement spontané ou à une césarienne programmée et cela même si le col est défavorable. Pour le déclenchement, on peut utiliser des prostaglandines ou de l'oxytocine. Il n'y a pas assez de données permettant de recommander l'usage du ballonnet trans-cervical.

Pour l'équipe du CNGOF, « *il est impossible d'émettre des recommandations sur la durée normale des différents stades du travail en cas de présentation du siège à terme* ».

L'analgésie péridurale doit être proposé à la femme enceinte d'un siège et il faut l'encourager à l'accepter car cela diminuera la douleur et facilitera la réalisation des manœuvres. Si la femme la refuse ou s'il y a une contre-indication aux anesthésiques locaux, la tentative de voie basse (TVB) n'est pas contre-indiquée. De plus, la présentation du siège complet, la nulliparité, l'antécédent de césarienne et la rupture des membranes à terme avant le travail ne contre-indiquent pas non plus la

TVB.

Il est recommandé de réaliser une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail. Par contre, le CNGOF ne recommande pas d'administrer systématiquement de l'oxytocine lors de la phase expulsive.

Concernant la pelvimétrie, les normes en vigueur (un diamètre promoto-rétropubien supérieur ou égal à 105 mm, un diamètre transverse-médian supérieur ou égal à 120mm, un diamètre bi-épineux supérieur ou égal à 100 mm) ne sont plus à retenir. Maintenant, il faut réaliser une confrontation foeto-pelvienne en fonction de l'évaluation du poids fœtal et de l'âge gestationnel. En cas de présentation du siège inopinée, l'absence de pelvimétrie ne contre-indique pas la TVB. Mais il est recommandé de proposer aux femmes enceintes d'un fœtus en présentation du siège et souhaitant une TVB une pelvimétrie pour discuter du mode d'accouchement. Cela pourrait permettre de réduire le taux de césarienne au cours du travail.

Le CNGOF recommande de vérifier, par échographie avant la TVB, l'absence d'hyperextension de la tête fœtale. Si le fœtus présente cette position, la patiente sera orientée vers une césarienne.

L'estimation du poids fœtal et la mesure du diamètre bipariétal ne sont plus recommandées comme étant des critères d'acceptation de la voie basse pour la présentation podalique. Mais si l'estimation de poids fœtal est supérieure à 3800g avant la naissance, il faudra privilégier une césarienne.

D'après les études faites par le CNGOF, les risques de complications maternelles et fœtales sévères à court et long terme semblent comparables et faibles suite à une TVB ou suite à une césarienne programmée (CP). De plus, ils n'ont pas retrouvé de différence entre la CP et la TVB par rapport au développement neurologique de l'enfant à deux ans, au développement psychomoteur et cognitif entre 5 et 8 ans et au niveau intellectuel à l'âge adulte.

Il est à noter qu'il n'est pas recommandé de proposer une césarienne pour le motif de nulliparité. Elle n'est pas associée à un risque important de morbidité périnatale sévère.

Selon le CNGOF, la TVB est dans la majorité des cas, une option raisonnable. [11]

1.3. HISTORIQUE DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE

1.3.1. De l'Antiquité au XXème siècle

Entre 460-370 avant JC, Hippocrate décrivait la présentation céphalique comme normal et tout autre présentation était vue comme dystocique et nécessitait une version.

Au début du IIème siècle après JC, Soranos d'Ephèse médecin grec et fondateur de l'obstétrique, explique la version podalique pour transformer la présentation du siège en présentation céphalique.

Selon lui, il faut saisir le fœtus par les pieds pour ensuite le retourner avant l'extraction. [14]

Madame Marie-Louise La Chapelle était la sage-femme du roi Louis XVIII et la première directrice de l'école de sage-femme de Paris. En 1821, concernant l'accouchement du siège, elle explique que

« L'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent et résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la facilité apparemment offerte par la disposition des parties du fœtus. Il doit avec ménagement et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que de l'extraire. »

Au début du XXème siècle, les avis sont partagés. Il y a les partisans du laisser-faire contre les interventionnistes. Certains auteurs pensaient que lors d'une présentation podalique il fallait forcément intervenir en réalisant des manœuvres prophylactiques comme : une grande extraction, un abaissement des pieds ou encore un dégagement des bras comme l'a expliqué Lovset en 1937.

En 1938, Bracht réagit à ces propos en préconisant l'abstention jusqu'à l'expulsion total du fœtus. Car selon lui « le nombre et la précocité des interventions lors de l'accouchement du siège est la cause de la mortalité fœtale élevée ».

En 1948, Vermelin et Ribon, des professeurs nancéens, défendent l'accouchement spontané sans aucune intervention. Selon Vermelin « il est important de ne pas voir de la pathologie où elle n'existe pas ». Il prône la méthode abstentionniste adoptée par de nombreux accoucheurs. Il explique que la manœuvre de Mauriceau, qui semble anodine, pourrait entraîner des lésions cérébro-méningées et être responsable de séquelles psychomotrices ou de morts néo-natales. [15-16]

La deuxième moitié du XXème siècle est marqué par l'essor de la césarienne. En 1959, l'américain R.C. Wright propose la césarienne systématique pour la présentation du siège comme étant le meilleur moyen de réduire la mortalité et morbidité périnatales.

En 1975, c'est l'allemand Kubli qui défend la césarienne comme la meilleure alternative à l'échec de VME lors de la présentation podalique. Il estime que lors d'une césarienne le taux d'acidose est diminué comparé à l'accouchement par voie basse.

On peut tout de même trouver des défenseurs de la voie basse. Dans les années 70-80, Collea réalise une étude prospective montrant un taux de morbidité maternelle plus élevé lors de la réalisation d'une césarienne que pendant un accouchement voie basse en présentation du siège. De plus, aucune différence entre la césarienne et l'accouchement voie basse concernant la mortalité périnatale du nouveau-né à terme n'était mis en évidence. Il défend donc le recours à l'accouchement voie basse pour la présentation podalique. [17]

1.3.2. Bouleversement suite à la publication du Term Breech Trial

En octobre 2000, l'étude du Term Breech Trial de Hannah et al est publiée dans The Lancet. Cette publication bouleverse les pratiques concernant la prise en charge de l'accouchement du siège. Cette étude avait pour objectif de comparer des femmes enceintes d'un fœtus en présentation du siège à terme ayant une césarienne programmée ou une tentative de voie basse. L'équipe recherchait la pratique la plus à risque pour le fœtus et pour la mère. Elle a réalisé une étude randomisée dans 121 centres de 26 pays sur 2088 femmes enceintes d'un fœtus en présentation podalique. Les principaux critères de jugements étaient : la mortalité périnatale, la mortalité néonatale et la morbidité néonatale grave ainsi que la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave. Les résultats montrent que la mortalité périnatale et néonatale ainsi que la morbidité néonatale grave étaient significativement plus faible dans le groupe « césarienne programmée ». Alors que les complications maternelles graves sont similaires dans les deux groupes. Ils ont donc conclu que la césarienne programmée était le meilleur choix pour le fœtus en présentation du siège. [18] Cette publication a eu un impact majeur sur la pratique de l'accouchement en présentation podalique et a entraîné de profondes modifications. La majorité des centres ont changé leurs pratiques en faveur de la

césarienne programmée pour la présentation du siège. Cette étude a incité les professionnels de santé ainsi que les femmes enceintes d'un fœtus en siège à s'orienter vers la césarienne programmée. [19-20] Elle a d'autant plus impacté les nullipares enceintes d'un fœtus en présentation podalique. N'ayant jamais accouché, elles étaient plus facilement orientées vers la césarienne programmée.

1.3.3. Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en 2000

En décembre 2000, le CNGOF établit des recommandations cliniques sur la césarienne. Un groupe de travail se concentre sur la césarienne et la présentation du siège. Il conclut qu'il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège. [21]

Le CNGOF émet également des recommandations sur le siège. Des comités d'experts ont proposé des critères d'acceptabilité de la voie basse pour la présentation du siège :

- Il faut que la pelvimétrie soit normale, c'est-à-dire que l'indice de Magnin soit supérieur ou égal à 23 cm.
- La tête du fœtus doit être bien fléchie.
- L'estimation de poids fœtal doit être inférieur à 3800g.
- On doit réaliser une surveillance du rythme cardiaque fœtal par monitoring continu.
- L'accord de la patiente concernant la voie basse est primordial. [22]

Ces points n'étaient pas ou très peu vérifiés dans la méthode du Term Breech Trial :

- La pelvimétrie était rare (9,8% des cas).
- Dans 31% des cas, ils ne vérifiaient pas l'absence ou non de déflexion de la tête fœtale.
- Ils ne réalisaient pas de biométrie fœtale et d'estimation de poids fœtal.
- Le monitoring cardiaque fœtal n'était pas fait systématiquement au cours du travail.
- Ils déclenchaient le travail dans 15% des cas.
- Ils ne surveillaient pas le groupe voie basse en cas de terme dépassé.
- Dans 43% des cas la décision de la voie d'accouchement n'était pas encore prise avant l'entrée en salle de travail.
- La phase d'efforts expulsifs pouvait dépasser une heure entraînant une différence de pratique assez importante.

Selon le CNGOF, la conclusion du Term Breech Trial était donc peu applicable aux pratiques françaises. [22-25]

1.3.4. Les réactions face au Term Breech Trial, l'enquête PREMODA

En France, M.Carayol et al ont réalisé une étude de 1972 à 2003. Celle-ci montre que le taux de césarienne avant le travail pour les femmes enceintes d'une présentation du siège à terme a fortement augmenté. En 1972 le nombre de césarienne représentait 14,5%, contre 42,6% en 1995-

1998 et 74,5% en 2003. Cette augmentation a été particulièrement importante chez les nullipares (16,7% en 1972 ; 52,9% en 1995-1998 et 79,5% en 2003). Cette publication montre l'impact qu'a eu le Term Breech Trial sur les pratiques obstétricales françaises. [26]

Comme les pratiques différaient entre la France et les pays présents dans l'étude du Term Breech Trial, un groupe de travail a mené une étude en France et en Belgique. L'étude PREMODA a été réalisée du 1^{er} juin 2001 au 31 mai 2002. Elle a été faite sur 8105 femmes enceintes d'un fœtus en présentation podalique à terme, dans 138 maternités françaises et 36 belges. L'objectif était d'identifier le devenir néonatal en fonction du type d'accouchement (césarienne programmée ou tentative de voie basse). Les principaux critères de jugements étaient la mortalité fœtale, néonatale ainsi que la morbidité néonatale sévère comme étudié dans le TBT. L'équipe de PREMODA a trouvé un risque de mortalité et un risque de morbidité sévères néonatales de 1,6% dans le groupe tentative d'AVB contre 1,45% dans le groupe des césariennes programmées. De plus, la recherche des étiologies des décès néonataux a montré qu'ils étaient dus à des maladies congénitales et à une mort inattendue du nourrisson. Il n'y a donc pas de différence significative dans les deux groupes. Or, dans l'étude du TBT, le risque de mortalité et de morbidité sévère néonatales était de 5% dans le groupe tentative d'AVB contre 1,6% dans le groupe CP.

Les recherches de PREMODA ont conclu, dans les maternités où l'accouchement par voie basse est une pratique courante et lorsque les critères d'éligibilités sont remplis, l'accouchement par voie basse reste une option sûre qui peut être proposée aux femmes. [27]

En 2012 la Haute Autorité de Santé a émis un avis, rappelant que « la présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée ». [28]

1.4. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE

Le référentiel métier des sages-femmes recense toutes les compétences des sages-femmes. On peut y trouver le suivi et l'accompagnement d'une grossesse podalique pendant le pré-partum, le per-partum, et l'accouchement du siège.

En France, dans la plupart des établissements, la sage-femme réalise le suivi en salle de naissance de la femme enceinte d'un fœtus en présentation du siège. Elle pratique tous les examens de suivi du travail. La naissance nécessite la présence d'une équipe obstétricale composée de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien, indispensable lors de l'accouchement du siège. Dans certaines maternités, la sage-femme réalise l'accouchement ainsi que les manœuvres. Le gynécologue-obstétricien est disponible pour agir si une dystocie survient et s'il y a besoin d'utiliser des instruments. Dans d'autres maternités, le gynécologue-obstétricien ou l'interne réalise systématiquement l'accouchement du siège. Ainsi la pratique de l'accouchement du fœtus en présentation podalique n'est pas systématique pour la sage-femme.

De plus l'augmentation du nombre de césarienne n'a pas favorisé la pratique clinique de la naissance d'un fœtus en siège. [29]

Une étude a été faite par une étudiante sage-femme de Metz en 2010 sur neuf maternités du Nord-Est. Elle constate que la sage-femme est présente lors de l'expulsion. Mais l'accouchement est fait dans 75% des cas par le gynécologue-obstétricien ou par l'interne en obstétrique afin de conserver leurs compétences. La majorité des étudiants sages-femmes jugent que leurs apprentissages théoriques et pratiques sur mannequin sont plutôt satisfaisants. Mais leur formation en stage ne permet pas leur pratique. Certains ont déjà vu des accouchements du siège mais très peu en ont réalisé. [30]

Le CNGOF souligne qu'il est nécessaire de mettre en place un programme de formation continue pour pratiquer les tentatives de voie basse lors de la présentation du siège. A la suite de cela, de plus en plus de maternités et d'écoles de sages-femmes forment régulièrement les sages-femmes, les étudiants sages-femmes ainsi que les gynécologues-obstétriciens et les internes en obstétrique sur les manœuvres de l'accouchement du siège en s'aidant de mannequin. [11]

1.5. INFORMATION ET ORGANISATION EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE

L'information que l'équipe obstétricale donne à la patiente a une place fondamentale. Celle-ci doit être donnée avec clarté et compréhension. Il faut d'abord expliquer à la femme et au couple en quoi consiste la présentation du siège, les différents types d'accouchements (TVB et CP), leurs bénéfices et risques. Toutes les informations concernant les étapes de l'accouchement du siège par voie basse et la césarienne programmée doivent être abordées. Systématiquement, l'accouchement doit se réaliser dans une maternité afin de réaliser une césarienne en urgence si besoin. Il sera précisé qu'il arrive régulièrement de réaliser des manœuvres et que des interventions instrumentales sont possibles. Il faut également l'informer que le gynécologue-obstétricien sera présent dans la salle au moment de la naissance. Le pédiatre et l'anesthésiste resteront disponibles et proches de la salle. Il sera mentionné à la patiente que selon le déroulé du travail (à l'instar de la présentation céphalique) des changements de conduite à tenir pourront intervenir selon le contexte.

La femme enceinte aura donc un choix éclairé sur son mode d'accouchement en accord avec le gynécologue-obstétricien. Le choix de la patiente doit être respecté. Si l'équipe obstétricale ne peut pas accompagner la femme dans son désir de TVB ou de CP alors ils devront l'orienter vers une autre équipe. Ethiquement, ils ne doivent pas la convaincre de choisir la CP par manque d'expérience concernant la TVB.

Si l'équipe obstétricale considère la femme enceinte comme non éligible à la TVB, et qu'elle le souhaite vraiment, il faut l'encourager à demander un autre avis médical.

Il faut également expliquer le principe de la version par manœuvre externe (VME). La patiente désireuse de VME doit exprimer son accord. Si le praticien ne pense pas pouvoir la réaliser ; celui-ci doit l'orienter vers d'autres spécialistes.

L'information de la patiente et le choix du mode d'accouchement doivent être mentionnés dans le dossier obstétrical.

Lors de l'admission de la patiente en salle de naissance le gynécologue-obstétricien sera averti, il pourra faire le point sur le dossier selon les conditions d'admissions si besoin et revalider ou non la méthode d'accouchement retenue même si celle-ci est mentionnée dans le dossier. [6 ; 11]

PARTIE 2 :

2. METHODOLOGIE

2.1. PROBLEMATIQUE

La problématique de ce mémoire est la suivante : Quel mode d'accouchement est proposé aux nullipares dont le fœtus est en présentation podalique, dans les maternités françaises, en 2020 ?

2.2. OBJECTIFS

2.2.1. Bénéfice attendu

Le bénéfice attendu de cette étude est d'améliorer les pratiques professionnelles, donc la prise en charge des patientes enceintes d'un fœtus en présentation podalique.

2.2.2. Objectif principal

L'objectif principal est de faire un état des lieux des modes d'accouchements par le siège chez les nullipares dans les maternités françaises en 2020, et le suivi des recommandations du CNGOF de 2020.

2.2.3. Objectifs secondaires

Les différents objectifs secondaires sont :

- Identifier les pratiques professionnelles obstétricales de l'accouchement du siège de la nullipare.
- Identifier la fréquence de « voie basse » chez les nullipares dont le fœtus est en présentation du siège.
- Identifier la fréquence de « césarienne programmée » et en urgence au cours de l'accouchement du siège chez les nullipares.
- Evaluer l'impact des recommandations de 2020 sur le mode d'accouchement des nullipares.

2.3. HYPOTHESES

Il était supposé que :

- H1 : Il y a plus d'accouchements voie basse que de césarienne pour l'accouchement du siège chez la nullipare.
- H2 : La sage-femme effectue des accouchements de siège de nullipare.
- H3 : La pelvimétrie n'est pas systématiquement réalisée chez la nullipare.
- H4 : Les grossesses en présentation du siège chez la nullipare sont déclenchées.

- H5 : Le choix du mode d'accouchement est fait par la femme.
- H6 : La majorité des maternités ont toujours réalisés des accouchements voie basse pour la présentation du siège.
- H7 : L'amniotomie est réalisée le plus tard possible pendant le travail.
- H8 : L'analgésie péridurale est réalisée dans la majorité des accouchements du siège.
- H9 : L'épisiotomie est réalisée qu'en cas de nécessité lors de l'accouchement du siège.

2.4. MATERIELS ET METHODES ENVISAGEES

2.4.1. Type d'étude

L'étude réalisée est épidémiologique, qualitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles dans les maternités françaises, par entretien téléphonique et questionnaires envoyés par mail à l'encadrement pour recueil des données.

2.4.2. Population d'étude

L'enquête a été réalisée auprès de 51 maternités : de type III, IIB, IIA et I. Celles-ci étaient sélectionnées aléatoirement dans chaque région française. Les cadres de salles de naissances ont été interrogés concernant les accouchements du siège.

2.4.2.1. Critères d'inclusion

Dans cette étude, ont été inclus, dans chaque maternité, les accouchements des nullipares, dont la grossesse est en présentation podalique, mono-fœtale, comprise entre 37 et 41 SA et dont l'évolution était physiologique.

2.4.2.2. Critères de non-inclusion

Ne sont pas inclus les multipares, les grossesses gémellaires, les obstacles praevia, les malformations fœtales, les IMG, MFIU et lorsque l'état fœtal est non rassurant, les grossesses en dessous de 37 SA.

2.4.2.3. Critères d'exclusion

Sont exclus les établissements ne souhaitant plus participer à l'étude.

2.4.3. Critères de jugement principal et secondaire

Les critères de jugements sont : l'évaluation de la fréquence de voie basse et de césarienne lors de l'accouchement du siège, ainsi que le respect des recommandations du CNGOF de 2020 et le nombre d'accouchements du siège faits par les sages-femmes.

2.4.4. Recueil de données

Des appels sont passés aux cadres de salle de naissance de chaque maternité recensée (une de chaque type par région) pour leur proposer de participer à l'étude. Puis le questionnaire leur est envoyé par mail. (7)

2.4.5. Gestion de données

Les données seront recueillies et analysées par le chef de projet. Elles seront anonymisées puis détruites après la publication des résultats.

2.4.6. Lieux de l'étude

L'étude se déroule dans les maternités de France : une de chaque type par région.

2.4.7. Période de l'étude

L'étude est réalisée entre novembre 2020 et avril 2021.

2.4.8. Procédure de minimisation des biais

La grille de recueil de données est la plus exhaustive possible.
Les maternités ont été choisies selon le type, et dans chaque région française.

PARTIE 3 :

3. RESULTATS

Le questionnaire de l'étude a été envoyé à 51 maternités, de type III, IIB, IIA et I. Sélectionnées aléatoirement dans les 13 régions françaises. 29 réponses ont été recueillies, soit environ 57% de répondant.

3.1. LES MATERNITES

3.1.1. Le type de maternités

Huit maternités de type I ont répondu au questionnaire, cela représente 27,6% des réponses, neuf réponses des maternités de type IIA, représentant 31%. Puis respectivement six réponses des maternités de type IIB et six également des maternités de type III, donnant chacune une partie de 20,7% des réponses.

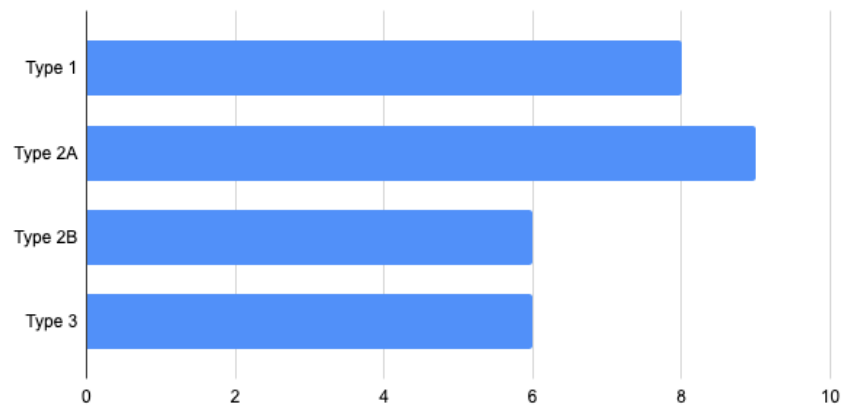


Figure 1 : Le nombre de maternités en fonction du type-Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

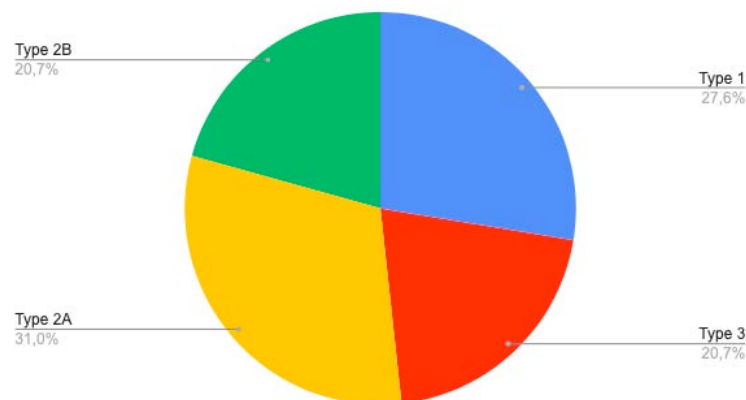


Figure 2 : Le pourcentage de maternités en fonction du type-Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

3.1.2. Les régions

Dans les 13 régions françaises, une maternité de type III, IIB, IIA et I ont été sélectionnées aléatoirement dans chaque région. Le questionnaire était adressé aux coordinateurs sages-femmes de salle de naissance. Une réponse par maternité contactée a été recueillie. Ont été obtenues trois réponses dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, deux réponses en Bourgogne-Franche-Comté, trois réponses en Bretagne, quatre réponses en Centre-Val de Loire, trois réponses en Corse, trois réponses dans le Grand Est, deux réponses en Hauts-de-France, deux réponses en Ile-de-France, une réponse en Normandie, trois réponses en Occitanie, deux réponses en Provence Alpes Côte d'Azur. Aucune réponse n'a été réceptionnée en Nouvelle-Aquitaine et dans le Pays de Loire.



Figure 3 : Carte des régions françaises interrogées - Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

3.2. QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE

**Tableau 1 : Le nombre d'accouchement du siège en fonction des types de maternité par région-
Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)**

Région	Type de maternité	Nombre d'accouchement du siège en 2020	Nombre d'accouchement du siège voie basse en 2020	Nombre d'accouchement du siège par césarienne programmée en 2020
Auvergne-	Type III	172	26	146
Rhône-Alpes	Type IIB	68	21	25
	Type I	3	0	3
Bourgogne-	Type III	126	64	46
Franche-Comté	Type IIA	51	23	21
Bretagne	Type III	Non connue	52	Non connue
	Type IIA	44	9	29
	Type I	11	3	8
	Type III	135	37	Non connue
Centre-Val de Loire	Type IIB	50	19	Non connue
	Type IIA	32	0	32
	Type I	29	2	27
	Type IIB	33	5	13
Corse	Type IIA	43	10	28
	Type I	4	0	4
	Type IIB	Non connue	Non connue	Non connue
Grand Est	Type IIA	22	5	11
	Type I	15	5	7
Hauts-de-France	Type III	57	36	10
	Type I	20	7	8
Ile-de-France	Type IIA	29	12	6
	Type I	15	4	9
Normandie	Type IIA	Non connue	Non connue	Non connue
Occitanie	Type III	190	75	87
	Type IIB	38	13	16
	Type I	Non connue	32	20
Provence Alpes Côte d'Azur	Type IIB	49	8	19
	Type IIA	26	11	15

Sur les 29 maternités qui ont été interrogées, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 1262. Dont 479 accouchements voie basse, contre 590 césariennes programmées.

3.2.1. Quelques chiffres concernant l'accouchement du siège et les nullipares

Tableau 2 : Le nombre d'accouchement du siège de nullipare en fonction des types de maternité par région-Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Région	Type de maternité	Nombre d'accouchement du siège de nullipare en 2020	Nombre d'accouchement du siège de nullipare voie basse en 2020	Nombre d'accouchement du siège de nullipare par césarienne programmée en 2020
Auvergne-Rhône-Alpes	Type III	Non connue	Non connue	Non connue
	Type IIB	39	11	14
	Type I	1	0	1
Bourgogne-Franche-Comté	Type III	70	35	26
	Type IIA	26	11	10
	Type III	Non connue	20	Non connue
Bretagne	Type IIA	25	4	18
	Type I	2	1	1
	Type III	Non connue	Non connue	Non connue
Centre-Val de Loire	Type IIB	Non connue	Non connue	Non connue
	Type IIA	0	0	0
	Type I	Non connue	Non connue	27
	Type IIB	22	1	11
Corse	Type IIA	Non connue	Non connue	Non connue
	Type I	2	0	2
	Type IIB	Non connue	Non connue	Non connue
Grand Est	Type IIA	11	2	6
	Type I	Non connue	Non connue	Non connue
Hauts-de-France	Type III	18	11	5
	Type I	10	2	8
Ile-de-France	Type IIA	8	3	1
	Type I	Non connue	Non connue	Non connue
Normandie	Type IIA	Non connue	Non connue	Non connue
	Type III	Non connue	Non connue	Non connue
Occitanie	Type IIB	17	5	9
	Type I	32	15	15
Provence Alpes Côte d'Azur	Type IIB	29	4	10
	Type IIA	20	9	11

Chez les nullipares, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 332. Parmi ces accouchements, il a été retrouvé 134 accouchements voie basse et 175 césariennes programmées.

3.3. L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DU CNGOF 2020

3.3.1. L'utilisation de la pelvimétrie en vue d'un accouchement du siège de nullipare

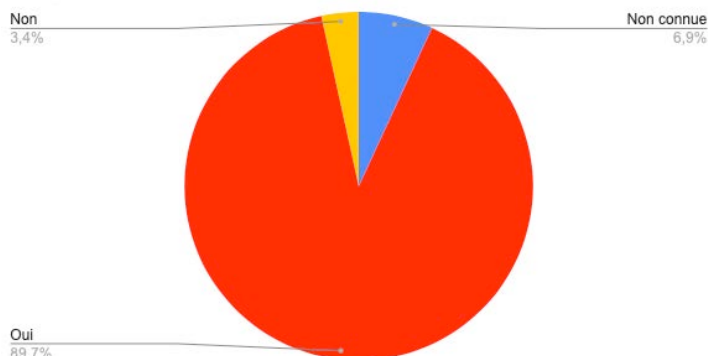


Figure 4 : L'utilisation de la pelvimétrie lors d'une présentation fœtale podalique - Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

89,7% des maternités interrogées ont réalisé systématiquement une pelvimétrie lorsque le fœtus était en présentation du siège. Contre 3,4% des maternités qui ne l'ont pas toujours réalisé. Dans ces maternités les fœtus en présentation du siège naissaient par césariennes programmées, la pelvimétrie n'était donc pas nécessaire. 6,9% des maternités n'ont pas répondu à cette question.

3.3.2. Le déclenchement de la présentation du siège chez les nullipares

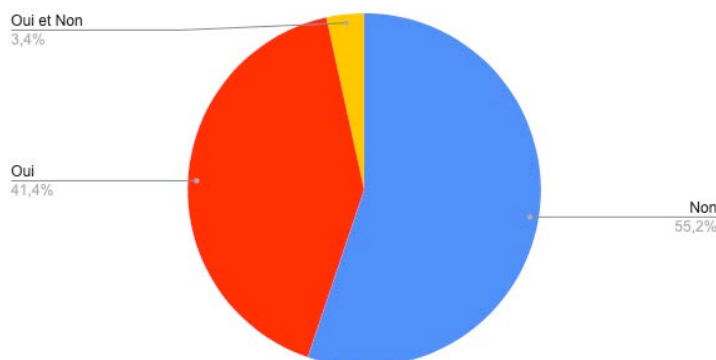


Figure 5 : L'utilisation des méthodes de déclenchement chez les fœtus en siège des nullipares- Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Il a été noté que 55,2% des maternités ne déclenchaient pas les nullipares enceintes d'un fœtus en présentation podalique. Les explications étaient diverses. 41,4% des maternités ont réalisé, quand cela était nécessaire, des déclenchements pour encourager le travail chez les nullipares enceintes d'un fœtus en présentation du siège. Les différentes méthodes retrouvées sont : les prostaglandines (Propess), Augusta, Syntocinon, ballon de Cook.

3,4% des maternités ont répondu « oui et non ». Car selon le motif, le déclenchement sera réalisé ou non.

3.3.3. L'estimation du poids fœtal lors d'une présentation podalique

Il était recherché à partir de quelle estimation de poids fœtal (EPF) une césarienne était réalisée pour la présentation du siège chez la nullipare. La majorité des maternités ont fait une césarienne si l'estimation de poids fœtal était supérieure à 3800g lors d'une présentation podalique. Pour une maternité, il a été retrouvé un seuil d'estimation de poids fœtal à 3500g. Pour d'autres la naissance s'est faite par césarienne lorsque l'EPF était supérieur au 90^{ème} ou 95^{ème} ou 97^{ème} percentile. Certaines maternités se sont basées sur d'autres critères, tel que : le diamètre bipariétal (BIP) supérieur ou égal au 97^{ème} ou 98^{ème} percentile, la confrontation fœto-pelvienne, la pelvimétrie ou l'épreuve du col si le score de Magnin était normal.

3.3.4. La place de l'analgésie péridurale dans l'accouchement du siège

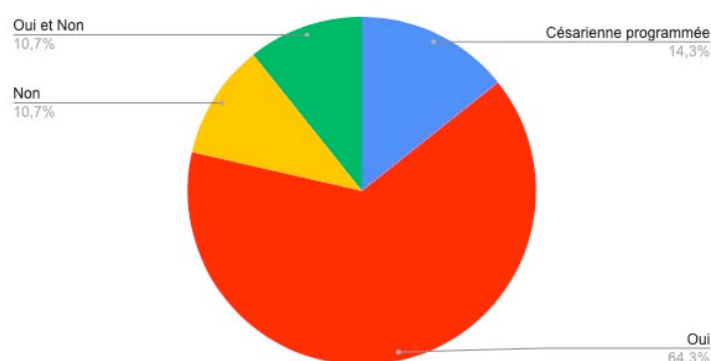


Figure 6 : L'utilisation de l'analgésie péridurale lors de l'accouchement du siège- Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Il a été retrouvé que 64,3% des maternités ont réalisé systématiquement une analgésie péridurale pour un accouchement du siège. 10,7% n'y avaient pas recours systématiquement. Et 10,7% l'utilisaient, mais pas toujours. Ces maternités ont mentionné qu'elles expliquaient l'intérêt de la péridurale, d'autant plus en vue de la réalisation des manœuvres. Mais la pose se faisait selon le désir de la patiente.

14,3% n'ont pas eu recours à l'analgésie péridurale car une césarienne était systématiquement programmée en vue d'une présentation du siège.

3.3.5. L'épisiotomie lors d'un accouchement du siège chez une nullipare

Il a été demandé aux différentes maternités si l'épisiotomie était faite systématiquement lors d'un accouchement du siège chez une nullipare. Toutes les maternités ont répondu « non ». Sauf une qui a précisé que cela dépendait de l'état du périnée de la patiente, telles que les pratiques actuelles.

3.3.6. La césarienne programmée systématique et la présentation du siège

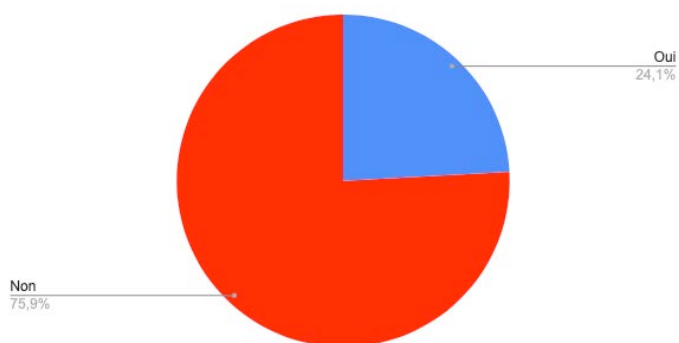


Figure 7 : Césarienne programmée systématique lors d'une présentation podalique-Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021(n=29)

Ainsi 75,9% des maternités n'ont pas proposé systématiquement une césarienne programmée lorsque le fœtus était en présentation du siège. Contre 24,1% des maternités qui l'ont toujours proposé lors d'un siège. Une des maternités a mentionné que dans neuf cas sur dix les femmes refusaient l'accouchement voie basse.

3.3.7. L'amniotomie pendant l'accouchement du siège

Les maternités ont été interrogé concernant la période durant laquelle elles réalisaient l'amniotomie lors d'un accouchement du siège. Pour la majorité, l'amniotomie était effectuée le plus tard possible. Elle pouvait aussi être effectuée au moment de l'expulsion si la rupture ne s'était pas faite spontanément durant le travail. D'autres rompaient la poche des eaux en fonction de la cinétique, de la dynamique de travail et de la dilatation du col, comme pour une présentation céphalique.

3.4. REALISATION DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE

3.4.1. Les personnels soignants pratiquant l'accouchement du siège chez les nullipares

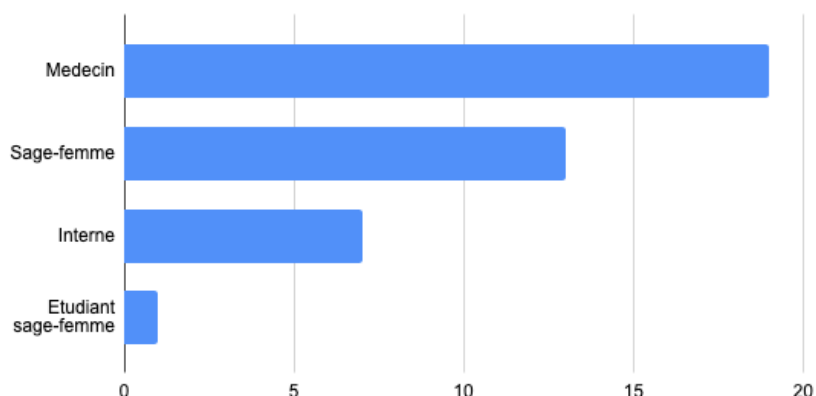


Figure 8 : Qui pratique l'accouchement du siège chez les nullipares-Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Sur les 29 maternités ayant répondu, 19 ont affirmé que le médecin réalisait l'accouchement du siège des nullipares. Pour 13 d'entre elles c'est la sage-femme qui effectuait l'accouchement du siège, parfois en compagnie du médecin. Sept ont déclaré que c'était plutôt l'interne qui était présent. Et une maternité a exprimé que l'étudiant sage-femme pouvait participer à la réalisation de l'accouchement du siège chez une nullipare.

3.4.2. Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les nullipares

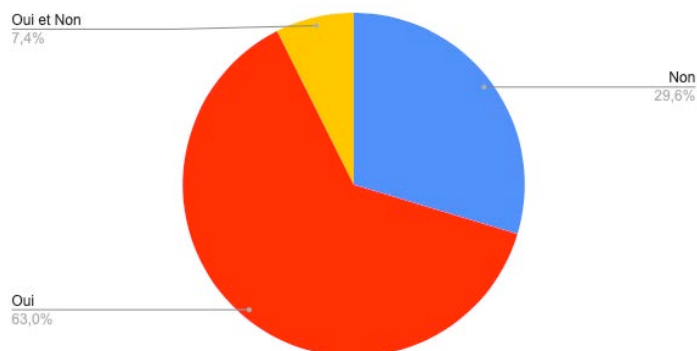


Figure 9 : Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les nullipares- Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Il était à noter que pour 63% des maternités interrogées les sages-femmes pratiquaient l'accouchement du siège des nullipares. 7,4% des maternités ont répondu « oui et non » car cela dépendait des sages-femmes, de l'équipe, de l'analgésie et dans certains cas les sages-femmes étaient assistées par le médecin ou l'interne. Dans 29,6% des cas les sages-femmes ne réalisaient pas l'accouchement du siège. Les maternités ont expliqué que les médecins seniors formaient les internes aux différentes manœuvres.

3.4.3. Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les multipares

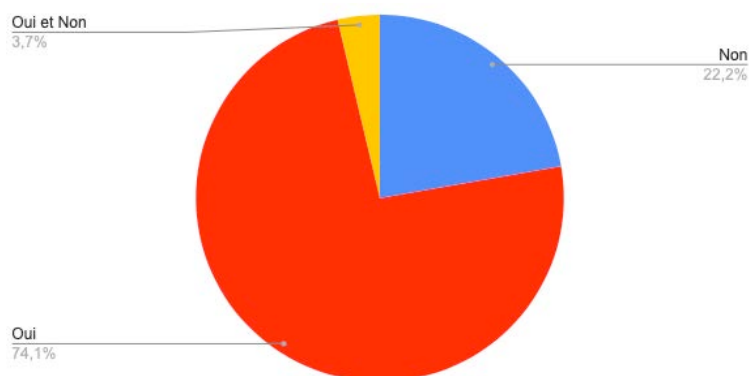


Figure 10 : Les sages-femmes et l'accouchement du siège chez les multipares-Maternité- Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Pour la réalisation de l'accouchement du siège de multipares 74,1% des maternités ont affirmé que ce sont les sages-femmes qui le faisaient. 3,7% ont répondu « oui et non » car comme pour l'accouchement du siège de nullipares cela dépendait des sages-femmes, de l'équipe, de l'analgésie et dans certains cas elles étaient aussi assistées par le médecin ou l'interne. Il a été relevé que dans 22,2% des maternités la sage-femme n'effectuaient pas l'accouchement du siège des multipares. Exactement comme pour l'accouchement du siège chez la nullipare, les médecins réalisaient les accouchements pour former les internes aux manœuvres.

3.4.4. Quelle est la place de la sage-femme dans l'accouchement du siège ?

D'après les maternités qui étaient interrogées, la sage-femme avait une place centrale dans l'accompagnement de la patiente et du couple. Elle s'occupait de la femme dès son admission en salle de naissance. Lors de l'accouchement du siège, la sage-femme effectuait en intégralité le suivi du travail, ainsi que les efforts expulsifs et dans certains cas l'accouchement en duo avec le médecin, elle l'aidait pour la réalisation des manœuvres.

Elle avait un véritable rôle de coach. La sage-femme était au premier plan, aux côtés de la dame pour l'encourager et la conseiller. Elle accueillait le nouveau-né en compagnie du pédiatre et participait à la réanimation si cela était nécessaire.

3.4.5. Les maternités et l'accouchement du siège voie basse

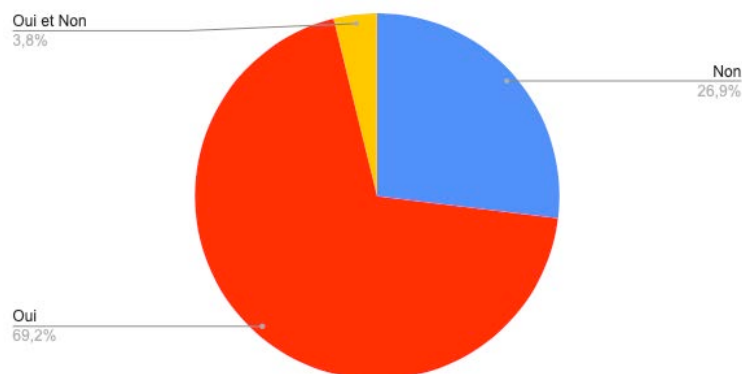


Figure 11 : Les maternités et l'accouchement du siège voie basse-Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

La question était, est-ce que les maternités avaient toujours réalisé des accouchements du siège par voie basse. 69,2% d'entre elles ont répondu « oui ». Contre 26,9% qui ne l'ont pas toujours fait. Certaines maternités ont commencé en 2015, 2016 ou grâce à l'arrivée d'un nouveau gynécologue-obstétricien. D'autres réalisaient uniquement des césariennes programmées lors d'une présentation podalique. Pour 3,8% des maternités la réponse était « oui et non ».

3.4.6. La présentation podalique, eutocique ou dystocique ?

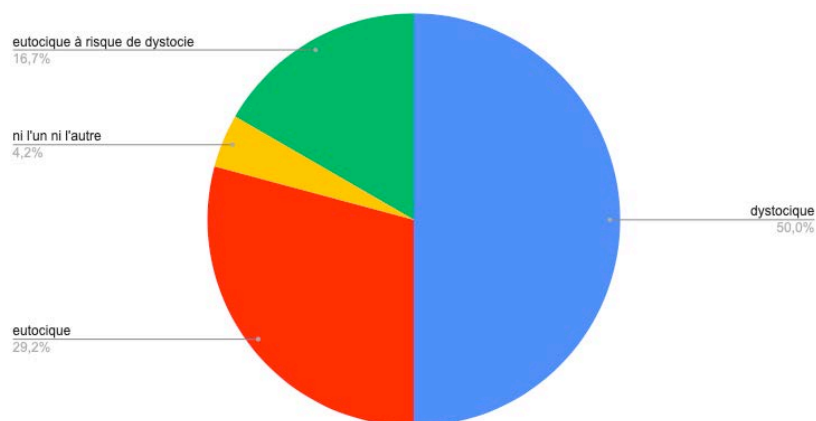


Figure 12 : Présentation podalique vue comme une présentation eutocique ou dystocique ? -Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Les maternités se sont exprimées, pour 50% d'entre elles la présentation podalique était vue comme dystocique, contre 29,2% qui la voyait comme une présentation eutocique. Elles relevaient qu'il fallait malgré tout être vigilant lorsqu'on prenait en charge une présentation podalique pour un accouchement voie basse. 16,7% des maternités considéraient la présentation du siège comme eutocique à risque de dystocie. Elles expliquaient que, comparé à une présentation céphalique le risque était majoré, d'où l'utilisation de la scanopelvimétrie, l'estimation de poids fœtal, la présence du gynécologue-obstétricien, de l'anesthésiste et du pédiatre sur place. La présentation du siège décomplété était vue comme eutocique alors que le siège complet était considéré comme dystocique, le type de siège avait donc une importance. La confrontation fœto-pelvienne pouvait aussi définir si la présentation podalique était plutôt dystocique ou eutocique. 4,2% des maternités n'émettaient pas d'avis.

3.4.7. La place de la femme dans le choix du mode d'accouchement

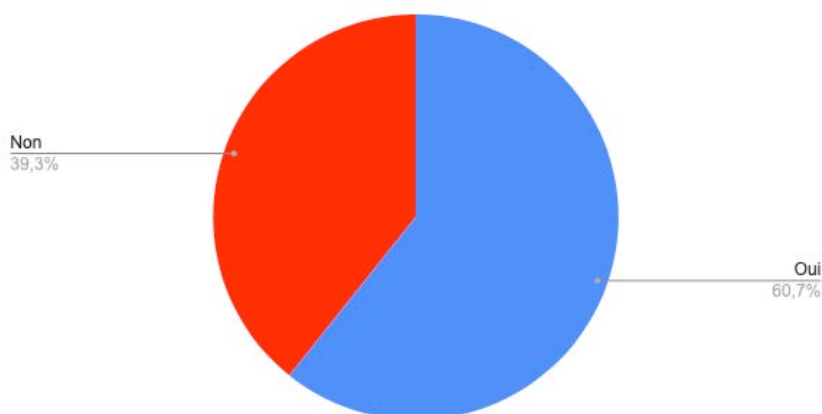


Figure 13 : La femme était-elle la principale décisionnaire du mode d'accouchement ? -Maternité-Accouchement siège nullipare-France-2021 (n=29)

Dans 60,7% des maternités la femme enceinte d'un fœtus en présentation du siège était la principale décisionnaire dans le choix du mode d'accouchement. Mais pour 39,3% des maternités ce n'était pas le cas. Elles expliquaient que c'était une concertation pluridisciplinaire entre les différents gynécologues, ainsi qu'entre la femme/le couple et le gynécologue. Les patientes étaient tout de même influencées par l'information qui leur avait été donnée par l'obstétricien. Cela dépendait également du dossier, l'accord de voie basse était décidé en fin de grossesse par le staff obstétrical comprenant les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. La décision était collégiale entre le personnel médical et la femme/le couple. Lors de l'admission en salle de naissance la sage-femme et l'obstétricien de garde s'assuraient que les critères d'éligibilité à la voie basse étaient bien remplis. Les maternités ne proposant pas d'accouchement voie basse pour le siège réorientaient les femmes désireuses d'accoucher de cette manière vers la maternité la plus proche.

PARTIE 4 :

4. DISCUSSION

4.1. CRITIQUE DE L'ETUDE

4.1.1. Avantages

Concernant la méthodologie, le recueil de données sur Google Forms a permis de récupérer et d'analyser plus facilement les résultats. Le fait d'avoir récupéré plus de 50% des réponses est un avantage et montre très certainement l'intérêt des professionnels de l'obstétrique pour ce sujet.

Un des réels points fort de l'étude était son originalité. Cela était très intéressant de pouvoir évaluer les pratiques sur la France entière pour obtenir une meilleure représentativité de ce mode d'accouchement et de savoir de quelle manière les recommandations du CNGOF de 2020 étaient mises en œuvre. De plus, il est important de souligner la place et le rôle de la sage-femme dans l'accouchement du siège.

Il est à noter que peu d'étude sur ce sujet ont été réalisées.

Ce sujet a suscité la curiosité des coordinateurs sages-femmes qui se sont facilement intéressés au sujet en me posant des questions et en voulant connaître les résultats finaux de l'étude que je ne manquerai pas de leur envoyer.

4.1.2. Limites

Pour ce qui est de la méthodologie, cela n'avait pas été facile de contacter tous les coordinateurs de salle de naissances par téléphone pour obtenir leur accord, puis leur envoyer le questionnaire. Il a fallu être persévérante et les solliciter à plusieurs reprises. Cela est à mettre en lien avec une hyperactivité professionnelle des coordinateurs de salle d'accouchements, du fait des problèmes actuels d'effectifs au sein des hôpitaux et de la crise de la Covid.

Un biais de population peut être relevé, le questionnaire était envoyé aux coordinateurs sages-femmes de salle de naissance, or les pratiques cliniques peuvent varier d'une équipe obstétricale à l'autre, d'une sage-femme à l'autre. Les réponses des sages-femmes coordinateurs concernaient la pratique de leur maternité en général, mais cela était praticien-dépendant.

Toutes les maternités n'ont pas répondu au questionnaire. Il n'y avait donc pas le même nombre de réponses en fonction des régions et des types de maternités. Concernant le nombre d'accouchement du siège, certaines maternités ne les connaissaient pas. De plus, il était impossible de savoir si les accouchements du siège retenus dans les statistiques étaient des naissances à terme ou non. Ces réponses incertaines n'ont donc pas été prises en compte dans l'étude.

4.2. ANALYSE DES RESULTATS, REPONSES AUX HYPOTHESES ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE

4.2.1. Accouchement du siège : voie basse ou césarienne programmée ?

La première hypothèse H1 était qu'il y a plus d'accouchements voie basse que de césarienne programmée pour l'accouchement du siège chez la nullipare. Sur les 29 maternités interrogées, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 1262. Dont 479 accouchements voie basse, ce qui représente 38% des accouchements du siège. Contre 590 césariennes programmées, représentant 47% des accouchements du siège. Chez les nullipares, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 332, cela signifie 26% des accouchements du siège. Parmi ces accouchements, on a retrouvé 134 accouchements voie basse soit 40% et 175 césariennes programmées soit 53%. Il est à noter que le nombre de césarienne programmée reste malgré tout plus élevé que le nombre d'accouchement voie basse, pour une présentation du siège et également pour la présentation du siège chez les nullipares. De plus le nombre de césarienne programmée reste plus important chez les nullipares que chez les multipares. **La première hypothèse H1 est donc infirmée.**

En comparaison avec la littérature, comme mentionné plus haut, M.Carayol et al ont réalisé une étude en France de 1972 à 2003. En 1972 le nombre de césarienne représentait 14,5%, contre 42,6% en 1995-1998 et 74,5% en 2003. Cette augmentation a été particulièrement importante chez les nullipares (16,7% en 1972 ; 52,9% en 1995-1998 et 79,5% en 2003). [26]

Comparé à 2003, le nombre total d'accouchement du siège par césarienne programmée et ce, pour les nullipares ont diminué. Mais malgré l'évolution des pratiques, en France en 2020, la césarienne reste le principal choix en vue de l'accouchement du siège de nullipare.

L'article du Term Breech Trial publié en 2000 a donc eu un réel impact sur les pratiques, impact qui persiste encore aujourd'hui. Cependant la majorité des maternités s'orientent vers la voie basse et la césarienne programmée n'est pas systématique pour bon nombre de maternités. En effet, 75,9% des maternités n'ont pas proposé systématiquement une césarienne programmée lorsque le fœtus était en présentation du siège. Ainsi, plusieurs critères entrent en compte pour le choix du mode d'accouchement.

Il a également été supposé **par l'hypothèse H6** que la majorité des maternités ont toujours réalisé des accouchements voie basse pour la présentation du siège. **Cette hypothèse est affirmée** car 69,2% des maternités ont toujours effectuées des accouchements du siège par voie basse. Mais il est à noter que ce n'est pas le cas pour la totalité des maternités.

4.2.2. La place de la sage-femme

L'hypothèse H2 stipulait que la sage-femme effectue les accouchements du siège de nullipare. Concernant cette hypothèse, cela s'avère être le cas. Pour 74% des maternités, les sages-femmes réalisent l'accouchement du siège des multipares et pour 63% d'entre elles les sages-femmes effectuent l'accouchement du siège des nullipares. **Notre hypothèse H2 est affirmée.**

Concrètement, le suivi, ainsi que la réalisation de l'accouchement du siège fait partie intégrante des compétences de la sage-femme. Il est donc assez satisfaisant de savoir que, dans la France entière, les compétences des sages-femmes sont respectées. [29]

En comparaison avec le mémoire réalisé en 2010 par R.Prossi, étudiante sage-femme, sur la formation des étudiants sages-femmes concernant l'accouchement du siège. Elle mentionne que, dans le Grand Est, seulement 25,7% des sages-femmes réalisaient l'accouchement du siège. Elles ne pratiquaient qu'un quart des accouchements du siège. Par conséquent, il y a peu de place pour que les étudiants sages-femmes participent aux accouchements du siège. D'après son étude, seulement 18,4% des étudiants ont pu pratiquer l'accouchement du siège. [30] Pourtant, d'après l'arrêté du 11 décembre 2001, fixant le programme des études de sage-femme, il est mentionné qu'il faut « savoir pratiquer les accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège ». [31]

Ainsi, en 2020, et dans la France entière, les sages-femmes effectuent les accouchements du siège. Cependant, il faut veiller à bien enseigner ses pratiques aux futures sages-femmes et trouver des négociations possibles avec les médecins, les internes et les sages-femmes de terrain pour que cela puisse se produire.

Pour l'accouchement du siège, est-ce que les maternités ont suivis les recommandations du CNGOF de 2020 ?

4.2.3. La pelvimétrie

La pelvimétrie a une place importante dans la présentation du siège. En effet, 89,7% des maternités interrogées ont réalisé systématiquement une pelvimétrie lorsque le fœtus était en présentation du siège. Contre 3,4% des maternités qui ne l'ont pas toujours réalisée, car cela n'était pas forcément nécessaire en vue de la réalisation d'une césarienne programmée.

D'après le CNGOF, « *il est recommandé de proposer aux femmes qui souhaitent une tentative de voie basse à terme une pelvimétrie pour décider avec elles de leur mode d'accouchement* ». La pelvimétrie permet de réduire le risque de césarienne lors du travail. Les normes pelvimétriques (un diamètre promo-rétropubien supérieur ou égal à 105 mm, un diamètre transverse-médian supérieur ou égal à 120mm, un diamètre bi-épineux supérieur ou égal à 100 mm) ne sont plus en vigueur. Ils se basent actuellement sur la confrontation fœto-pelviennes. Les seuils décisionnels se font selon l'âge gestationnel au moment de l'accouchement et les biométries fœtales. Il faut privilégier la pelvimétrie par imagerie à résonance magnétique (IRM), à défaut la scano-pelvimétrie et en dernier la radiopelvimétrie, afin d'éviter l'exposition aux radiations ionisantes. Il n'est pas recommandé de réaliser une pelvimétrie pour un accouchement avant 37 SA. Lors d'une présentation du siège inopiné à l'entrée en travail, l'absence de pelvimétrie ne contre-indique pas l'accouchement voie basse. [11]

L'hypothèse soumise H3 est donc affirmée, la pelvimétrie n'est pas systématiquement réalisée chez la nullipare. Cependant, dans la majorité des cas, les maternités préfèrent la pratiquer. Elle permet de rassurer l'obstétricien, la sage-femme, l'équipe, ainsi que la femme.

4.2.4. Le déclenchement

Sur les 29 maternités interrogées, 55,2% ne déclenchaient pas les nullipares enceintes d'un fœtus en présentation podalique. La majorité d'entre elles n'ont pas déclenché cette présentation car elles ont systématiquement réalisé une césarienne programmée. Pour certaines, la voie basse n'était autorisée que lors d'un travail spontané à terme. D'autres déclenchaient uniquement lorsque le terme était dépassé ou pour indications médicales. Puis certaines maternités n'ont pas donné de raison exacte, mais elles n'ont jamais déclenché les présentations podaliques.

41,4% des maternités ont réalisé des déclenchements, quand cela était nécessaire pour des indications précises. Les différentes méthodes retrouvées sont : les prostaglandines (Propess), Angusta, Syntocinon, ballon de Cook. Certaines maternités ont précisé que selon le score de bishop, le type de maturation cervicale utilisée n'était pas le même.

3,4% des maternités ont répondu « oui et non ». Car selon le motif, le déclenchement était réalisé ou non.

Notre hypothèse H4 est infirmée, la majorité des grossesses de nullipare en présentation du siège ne sont pas déclenchées. Mais il faut tout de même relever qu'une grande partie est déclenchée en cas d'indication médicale.

Selon le CNGOF, il n'est pas contre-indiqué de réaliser un déclenchement pour une présentation podalique lorsque les critères d'acceptation de l'accouchement voie basse sont réunis. D'après les études faites par le CNGOF, il n'est pas démontré que le déclenchement de la présentation du siège à terme soit associé à une augmentation de la morbidité périnatale, comparé à un travail spontané ou à la césarienne programmée et ce, même si le col est défavorable. Ils mentionnent que, lors du déclenchement, il est possible d'utiliser l'oxytocine ou les prostaglandines. Concernant le ballonnet transcervical, il n'y a pas assez de données pour le recommander. [11]

4.2.5. L'amniotomie

D'après les résultats obtenus, la majorité des maternités questionnées effectuent l'amniotomie le plus tard possible. Si la rupture ne s'était pas faite spontanément durant le travail, elle pouvait être effectuée au moment de l'expulsion. Certaines maternités rompaient la poche des eaux en fonction de la cinétique, de la dynamique de travail et de la dilatation du col.

L'hypothèse H7 est confirmée, l'amniotomie est réalisée, lorsque la clinique le permet, le plus tard possible pendant le travail.

Au moment de la contraction utérine, le corps utérin envoie du liquide amniotique vers le segment inférieur, ainsi la poche se gonfle et applique sur le col. La poche des eaux est comparée à un agent de dilatation, parce qu'elle permet une meilleure ampliation du segment inférieur et une dilatation cervicale harmonieuse. Il est intéressant de conserver la poche des eaux pour la présentation podalique car la partie inférieure du mobile fœtal (les fesses ou les pieds) n'appliquent pas suffisamment sur le col pour permettre une bonne dilatation.

Toutefois il est à noter que l'amniotomie peut-être réaliser lorsqu'une dystocie dynamique survient. [11]

4.2.6. L'analgésie péridurale

Lors de l'accouchement du siège, l'analgésie péridurale était réalisée systématiquement chez 64,3% des maternités interrogées, contre 10,7% qui n'y avaient pas recours systématiquement. De même que, 10,7% l'utilisaient souvent, mais pas toujours. Les maternités questionnées expliquaient l'intérêt de la péridurale aux femmes. Mais la décision revenait à la patiente. 14,3% des maternités présentes dans l'étude n'ont pas eu recours à l'analgésie péridurale car une césarienne était programmée lors de la présentation du siège.

Donc, **l'hypothèse H8** que, l'analgésie péridurale était réalisée dans la majorité des accouchements du siège est **affirmée**.

L'analgésie péridurale soulage la femme en supprimant la douleur des contractions utérines, mais elle permet également de faciliter la réalisation des manœuvres du siège. Cette analgésie est aussi un confort pour le praticien réalisant l'accouchement.

D'après le CNGOF, il faut encourager la patiente à demander une analgésie péridurale avec basses concentrations d'anesthésiques locaux. Mais si la femme refuse ou s'il y a une contre-indication à l'anesthésie locorégionale, la femme peut tout de même accoucher par voie basse. [11]

4.2.7. L'épisiotomie

Les 29 maternités présentes dans l'étude ont répondu que l'épisiotomie n'était pas faite systématiquement lors d'un accouchement du siège chez une nullipare. Une maternité a précisé que cela dépendait de l'état du périnée de la patiente, telles que sont faites les pratiques actuelles. Il est donc possible **d'affirmer l'hypothèse H9** que l'épisiotomie est réalisée qu'en cas de nécessité, lors de l'accouchement du siège.

En effet, suivant le CNGOF : « Le siège ne constitue pas une indication d'épisiotomie ». [11]

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « l'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément ». [32]

Enfin, il est à noter que l'épisiotomie systématique ne réduit pas le risque de déchirure périnéale sévère. [33]

4.2.8. La place de la femme dans la décision du mode d'accouchement

Pour 60,7% des maternités, la femme enceinte d'un fœtus en présentation du siège était la principale décisionnaire dans le choix du mode d'accouchement. Mais pour 39,3% des maternités ce n'était pas le cas. Elles expliquaient que c'était une concertation pluridisciplinaire entre les différents gynécologues, ainsi qu'entre la femme/le couple et le gynécologue. Les patientes étaient tout de même influencées par l'information qui leur avait été donnée par l'obstétricien. Cela dépendait également du dossier, l'accord de voie basse était décidé en fin de grossesse par le staff obstétrical comprenant les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. La décision était collégiale entre le personnel médical et la femme/le couple. Lors de l'admission en salle de naissance la sage-femme et

l'obstétricien de garde s'assuraient que les critères d'éligibilité à la voie basse étaient toujours bien remplis.

Les maternités ne proposant pas d'accouchement voie basse pour le siège réorientaient les femmes désireuses d'accoucher de cette manière vers la maternité la plus proche.

Conformément au CNGOF, il est primordial que l'information reçue par la patiente soit claire et bien comprise. Le choix du mode d'accouchement se fera par décision partagée entre la patiente et le gynécologue-obstétricien. L'information délivrée doit porter sur la version par manœuvre externe, permettant de réduire l'accès à la césarienne. Il faut également expliquer les bénéfices et risques, pour la mère et l'enfant, de la césarienne programmée en comparaison avec la tentative de voie basse. Il est nécessaire de décrire la réalisation d'un accouchement du siège voie basse. Il faut prévenir la patiente de la présence du gynécologue-obstétricien, du pédiatre et de l'anesthésiste au moment de la naissance, ainsi que du monitoring continu et de l'éventuelle réalisation de manœuvres. Il faut avertir la patiente que, selon le contexte, la prise en charge peut être amené à changer. Pour finir, tout cela doit être mentionné dans le dossier obstétrical, ainsi que la stratégie retenue par les deux parties concernant le mode d'accouchement.

Si l'équipe considère qu'elle ne peut pas accompagner la patiente dans son désir d'accouchement voie basse, elle se doit de l'adresser à d'autres professionnels plus familiers de cette pratique et non pas d'orienter la patiente vers la césarienne programmée.

Au moment de l'admission de la patiente, le gynécologue-obstétricien ainsi que l'équipe refont le point sur la situation et revalide ou non la voie d'accouchement retenue. [11]

En comparaison avec un mémoire écrit en 2010, par J.Thomé, sur la prise en charge des présentations du siège dans les maternités du réseau Aurore. Une grande majorité des maternités demandent l'avis de la patiente concernant le choix du mode d'accouchement. C'est un choix multifactoriel. Cependant l'information de la patiente l'influence, même de façon involontaire. [34]

Alors que, d'après la thèse de M.Moncollin réalisé en 2008, sur le choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège sur la maternité régionale de Nancy. Le choix de la voie d'accouchement par la patiente n'aurait pas toujours été optimale. « Le bilan d'acceptabilité de la voie basse était souvent incomplet et les indications pour une césarienne n'était pas toujours secondaire à une contre-indication à la voie basse. De plus, la discussion des dossiers en réunion de concertation pluridisciplinaire était anecdotique ». [2]

Finalement, pour l'étude menée et dans la majorité des cas, le choix du mode d'accouchement est fait par la femme. **L'hypothèse H5**, précisant que le choix du mode d'accouchement est fait par la femme, est **confirmée**.

4.3. OUVERTURE

Ce travail ouvre vers d'autres perspectives en montrant que l'accouchement du siège est un accouchement en accord avec les compétences de la sage-femme car pour 74% des maternités de l'étude, les sages-femmes réalisent l'accouchement du siège des multipares et pour 63% d'entre elles, l'accouchement du siège des nullipares. Une place plus grande à la pratique du siège lors de la

formation initiale doit être proposée, avec pourquoi pas un objectif de réalisation d'un ou plusieurs sièges pendant les études. Un travail dans ce sens pourrait être engagé entre les écoles et les équipes de terrain. Il est à noter qu'une sage-femme doit être à l'aise face à l'accouchement du siège. Souvent, elle sort de l'école en connaissant la théorie, en ayant fait des manœuvres sur le mannequin mais n'a pas pu pratiquer l'accouchement du siège en stage.

Cependant, il serait intéressant de réaliser cette étude sur la France entière pour qu'elle soit représentative, en connaissant exactement la fréquence de réalisation de l'accouchement du siège par les sages-femmes et voir si elles peuvent exercer cette compétence réellement sur le terrain. Cela demanderait un investissement conséquent de recueil de données afin d'être le plus exhaustif possible.

Et pourquoi pas d'interroger les étudiants sages-femmes sur l'enseignement ou la pratique de l'accouchement du siège lors de leurs études ?

De plus, une autre piste de recherche serait d'interroger les femmes enceintes d'un fœtus en présentation podalique sur leur vécu en fonction du type d'accouchement permettrait de préciser si les recommandations répondent à leurs attentes ou pas en matière d'informations, d'explications, de prise en charge globale. Peut-être aussi sur la perception qu'ont les sages-femmes de cette présentation afin de lever les clichés et les représentations en lien et de renforcer leurs « envies » de pratiquer.

Il est nécessaire de redonner aux sages-femmes la place qui est la leur dans l'accouchement du siège.

CONCLUSION

En 2000, l'étude publiée par Hannah et al dans the Lancet a modifié la prise en charge des femmes enceintes d'un fœtus en présentation du siège et, d'autant plus pour les nullipares, n'ayant jamais accouché. Leurs résultats montraient que la mortalité périnatale et néonatale ainsi que la morbidité néonatale grave étaient plus faibles lors des césariennes programmées. Cette étude eu un réel impact sur les pratiques des accouchements de la présentation du siège, en faveur de la césarienne programmée. [18]

Mais d'autres études se sont opposées à cet article. Comme l'étude PREMODA, qui a étudié l'impact du mode d'accouchement sur la mortalité périnatale et néonatale, ainsi que la morbidité néonatale grave. Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les chiffres concernant l'accouchement voie basse et la césarienne programmée. L'accouchement voie basse en général est moins délétère pour la femme. [27]

Ce mémoire traitait du mode d'accouchement proposé aux nullipares dont le fœtus était en présentation podalique dans les maternités françaises en 2020.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des modes d'accouchements par le siège chez les nullipares dans les maternités françaises en 2020, et en fonction des recommandations du CNGOF de 2020. 29 réponses ont été étudiées, soit 57% des questionnaires. Des chiffres, des pourcentages et différents paramètres ont pu être obtenus pour répondre aux hypothèses.

En France, en 2020, dans notre étude, le nombre de césarienne programmée (multipares : 47%, nullipares : 53%) reste plus élevé que le nombre d'accouchements par voie basse (multipares : 38%, nullipares : 40%), pour une présentation du siège. Malgré tout l'écart tend à se diminuer, en faveur de l'accouchement voie basse.

Nous avons remarqué que, dans la majorité des cas, les maternités utilisent les recommandations du siège du CNGOF, publiées en 2020. Ces recommandations permettent également de savoir si la femme et le fœtus sont éligibles à l'accouchement voie basse.

La place de la sage-femme dans la prise en charge de la femme enceinte d'un fœtus en présentation du siège est centrale. En effet la sage-femme accompagne la femme en ante, per et post partum. La sage-femme est au premier plan, aux côtés de la patiente pour l'encourager et la conseiller. Elle réalise le suivi en salle de naissance, ainsi que l'accouchement et les manœuvres du siège si cela est nécessaire. De plus, elle a les compétences pour s'occuper du nouveau-né.

Cette étude a permis de voir que la présentation du siège est toujours vu comme une présentation dystocique ou à risque de dystocie. Il faut continuer à former activement les accoucheurs (médecins, internes, sages-femmes et étudiants sages-femmes) en réalisant des formations sur mannequins, mais aussi en partageant les connaissances théoriques et pratiques, aussi sur le terrain, des praticiens expérimentés vers ceux en formations et ainsi pouvoir offrir le choix du mode d'accouchement à la femme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Campus Cerimes. Présentation du siège. [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/presentation_du_siege_vas-nb_valide.pdf
- [2] Moncollin M. Choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège : évaluation des pratiques cliniques à la maternité régionale de Nancy en 2008. [Thèse]. Université de Lorraine. 11/10/2011 ; 124p. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_MONCOLLIN_MARIE.pdf
- [3] Halimi R. Mon bébé est en siège. [En ligne]. (Consulté le 04/02/2020) ; Disponible sur : <http://www.sage-femme-paris.fr/votre-grossesse/mon-bebe-est-en-siege/>
- [4] Dhaille J. Réalité pratique de la version par manœuvres externes. [Mémoire]. Université de Picardie Jules Verne. 2016 ; 53p. (Consulté le 25/02/2020) ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529933/document>
- [5] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Version par manœuvres externes. [En ligne]. 2009 (Consulté le 15/04/2020) ; Disponible sur : <https://dr-daher-gynecologue.fr/files/p/VME-CNGOF.pdf>
- [6] G.Magnan. Accouchement du siège : les nouvelles recos. Profession sage-femme. Mars 2020 ; (263) : 17-31.
- [7] Boog G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège. [En ligne]. 2004 (Consulté le 02/03/2020) ; Disponible sur : <https://www.agore.fr/methodes-de-version-de-siege-g-boog>
- [8] : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège : revue de la littérature. [En ligne]. Avr 2004 (Consulté le 04/03/2020) ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231504964071?via%3Dihub>
- [9] : Martin L. Evaluation de la version des fœtus par acupuncturo-moxibustion. [En ligne]. 10/03/2011 (Consulté le 04/03/2020) ; Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00575552/PDF/memoire_MARTIN.pdf
- [10] Lidolff N. Efficacité de la version du siège par acupuncture. [Mémoire]. Université de Strasbourg. 2013-2014 ; 72p. (Consulté le 04/03/2020) ; Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiWmo6m9l_uA

hWhuVkkHHzpAKIQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fpublication-theses.unistra.fr%2Fpublic%2Fmemoires%2F2014%2Fmed%2F2014_lidolff_nadine.pdf&usg=AOvVaw3MQBCDOY7YpjD42f6pYe3T

[11] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique, Présentation du siège. [En ligne]. 2020 (Consulté le 15/02/2020) ; Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjZnOvfyoBqAhUR9IUkHSQfAG0QFjAAegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.fr%2Fcompone nt%2Frsfiles%2Ftelechargement-fichier%2Ffichiers%3Fpath%3DClinique%25252FRPC%25252FRPC%252BCOLLEGE%25252F2020%25252FRPC-CNGOF-presentation-siege.pdf%26Itemid%3D435&usg=AOvVaw0Wq2IKTIXI_8II4qBTTvA1

[12] Hennebert C. Manœuvres systématiques dans l'accouchement eutocique du siège par voie basse en France et en Belgique. [Thèse]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 8/03/2019 ; 124p. (Consulté le 25/02/2020) ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073848/document>

[13] : Campus Cerimes. Manœuvres obstétricales. [En ligne]. 2013-2014 (Consulté le 02/03/2020) ; Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/manoeuvres_obstetriques/site/html/cours.pdf

[14] Gourevitch D. Soranos, adieu Soranos. [En ligne]. 2004 (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/keryl_1275-6229_2004_act_15_1_1089

[15] Hartemann J. Vermelin Henri éloge funèbre. [En ligne]. (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Vermelin_H.htm

[16] : Riberiro K, Sichitiu J, Meuwly JY, Vial Y, Baud D, Desseauve D. Le retour du siège : mise en place d'un protocole d'accouchement par voie basse au CHUV. [En ligne]. 2018 (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-624/Le-retour-du-siege-mise-en-place-d-un-protocole-d-accouchement-par-voie-basse-au-CHUV>

[17] : Joseph V, Collea, MD. Current management of breech presentation. [En ligne]. Juin 1980 (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/1980/06000/CURRENT_MANAGEMENT_OF_BREEC_H_PRESENTATION.21.aspx

[17] Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France : 1972-2003. [En ligne]. (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16797822/>

[18] Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052579>

[19] Goffinet F. Mode d'accouchement en cas de présentation du siège à terme : la tentative de voie basse est-elle une option raisonnable ? [En ligne]. 2008 (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/162982/mode-d-accouchement-en-cas-de-presentation-du-siege>

[20] Hogle K, Kilburn L, MSc, Hewson S, BA, Gafni a, et al. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns a survey of centre collaborators. [En ligne]. 2003 (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)31077-5/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)31077-5/pdf)

[21] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique, Césarienne : conséquences et indications. [En ligne]. 2000 (Consulté le 15/02/2020) ; Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/cesarienne_2000

[22] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Présentation du siège. 2000 [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2020%252FRPC-CNGOF-presentation-siege.pdf&i=34368>

[23] D'Ercole C, Barde K, Haumonté J.B, et al. Siège le retour ? [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiAqZOpib3nAhURlxQKHesCAH4FjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cngof.fr%2Fjournees-nationales%2Ftelechargement-fichier%3Fpath%3DMAJ%252Ben%252BGO%25252F2011%25252F2011_GO%25252Fobstetrique%25252FSiege_le_retour.pdf&usg=AOvVaw3POjvLEFJam7ITtkEr6NmQ

[24] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de présentation du siège?. 11/2005 [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; (31) ; Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_049_goffinet.pdf

[25] Maillet L. Présentation du siège plaidoyer pour la voie basse. [En ligne]. Juin 2012 (Consulté le 25/02/2020) ; Disponible sur : <https://www.gyneco-online.com/obstétrique/présentation-du-siège-plaidoyer-pour-la-voie-basse>

[26] Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France : 1972-2003. [En ligne]. (Consulté le 20/03/2020) ; Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16797822/>

[27] Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. [En ligne]. (Consulté le 02/02/2020) ; Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16580289>

[28] Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. [En ligne]. Janv 2012 (Consulté le 27/03/2020) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf

[29] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. [En ligne]. Janv 2010 (Consulté le 03/04/2020) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

[30] Prosi R. L'accouchement du siège : évaluation de la formation des étudiants sage-femme 4^e année des écoles du Grand Est. [En ligne]. 2/10/2018 (Consulté le 03/04/2020) ; Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01885941/document>

[31] Ministère délégué à la santé. Arrêté du 11 décembre 2001, fixant le programme des études de sage-femme. [En ligne]. 19/12/2001 (Consulté le 13/03/2021) ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>

[32] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS : sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. [En ligne]. (Consulté le 15/03/2021) ; Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>

[33] La prévention médicale. L'épisiotomie : des recommandations pour ne pas abuser. [En ligne]. 19/12/2001 (Consulté le 16/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/episiotomie>

[34] Thomé J. La présentation du siège unique à terme : enquête sur les politiques de prise en charge des maternités du réseau Aurore. [Mémoire]. Université Claude Bernard Lyon 1. 2010 ; 129p. (Consulté le 25/04/2021) ; Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjjp8X3473wAhX1DmMBHTXbDOgQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fbibnum.univ-lyon1.fr%2Fnuxeo%2Fnxfile%2Fdefault%2F9f8018be-67f3-47b8-8349-8f40251a9772%2Fblobholder%3A0%2FMsfb_2010_THOME.pdf&usg=AOvVaw1yr36B05ejHZKP34SsfDXn

ANNEXES

ANNEXE I : Technique de version par manœuvre externe

ANNEXE II : Pont passif de Bayer

ANNEXE III : Technique de moxibustion

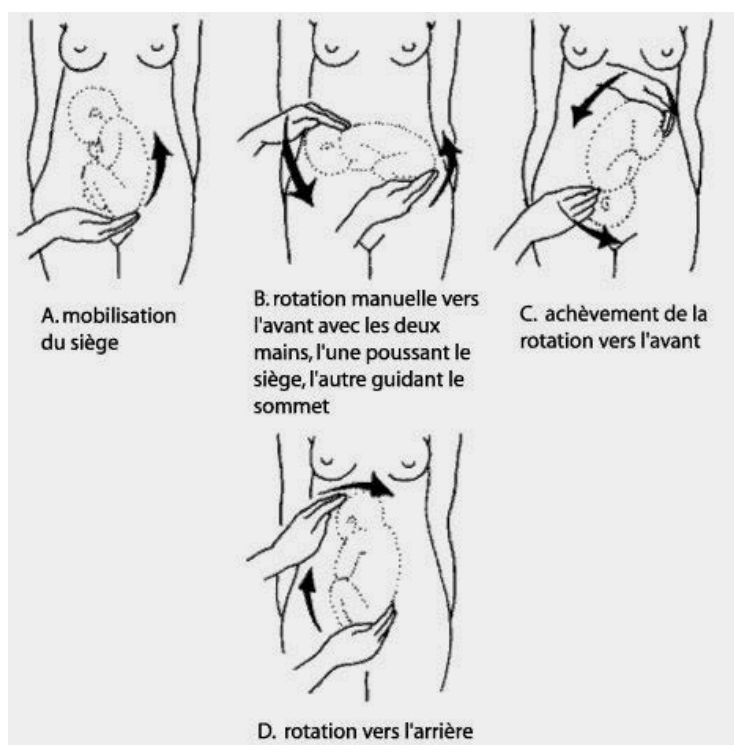
ANNEXE IV : Méthode de Vermelin

ANNEXE V : Les anomalies de l'accouchement du siège

ANNEXE VI : Les manœuvres du siège

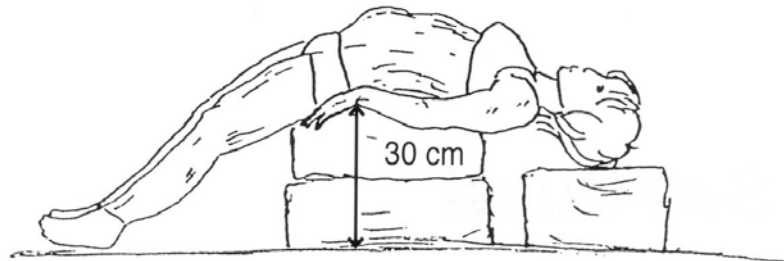
ANNEXE VII : Le questionnaire pour les maternités

ANNEXE I : Technique de version par manœuvre externe



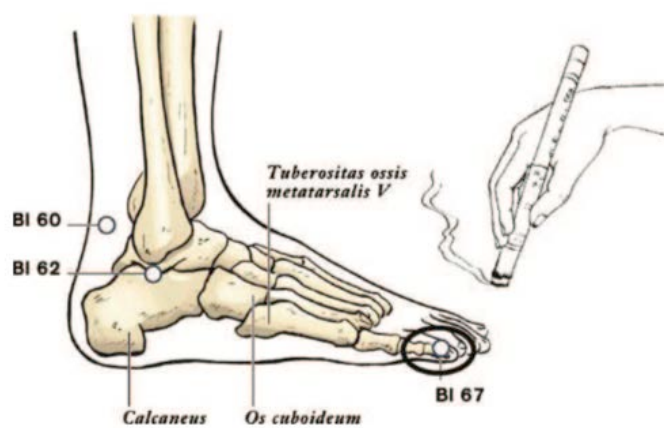
La technique de version par manœuvre externe [17]

ANNEXE II : Pont passif de Bayer



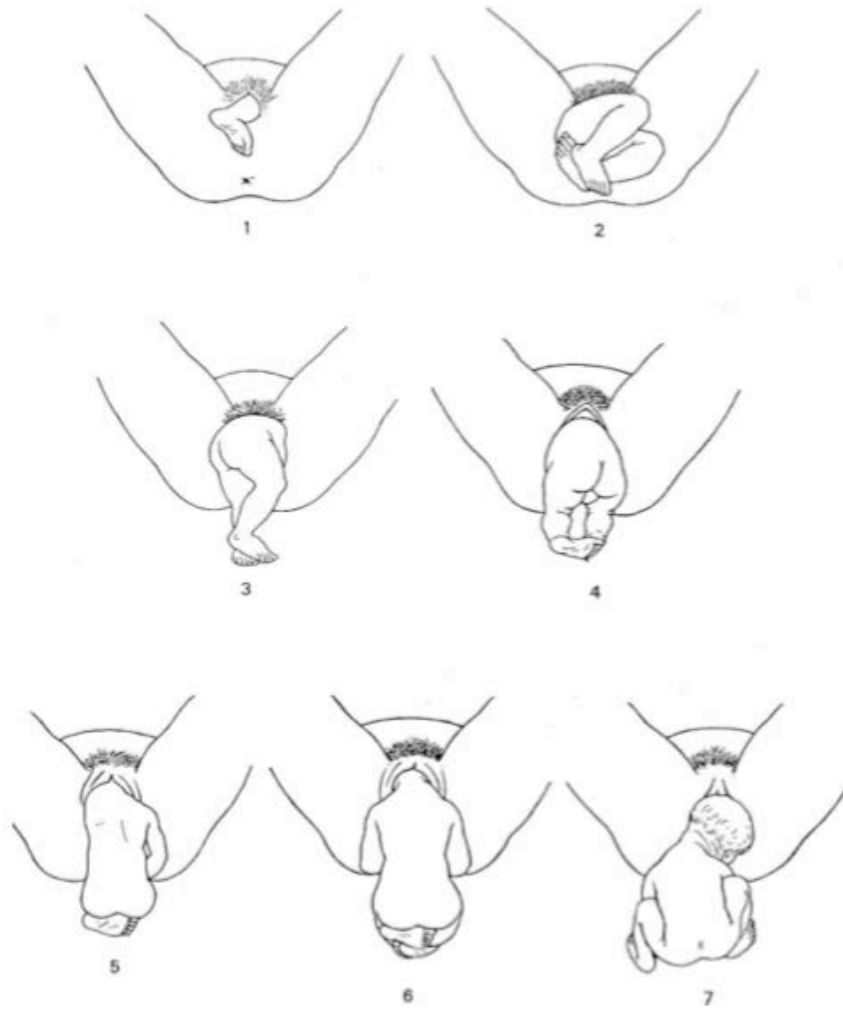
Pont passif de Bayer [19]

ANNEXE III : Technique de moxibustion



Technique de moxibustion du point Zhiyin [21]

ANNEXE IV : Méthode de Vermelin



La méthode de Vermelin [31]

ANNEXE V : Les anomalies de l'accouchement du siège



Rotation du dos en arrière [2]

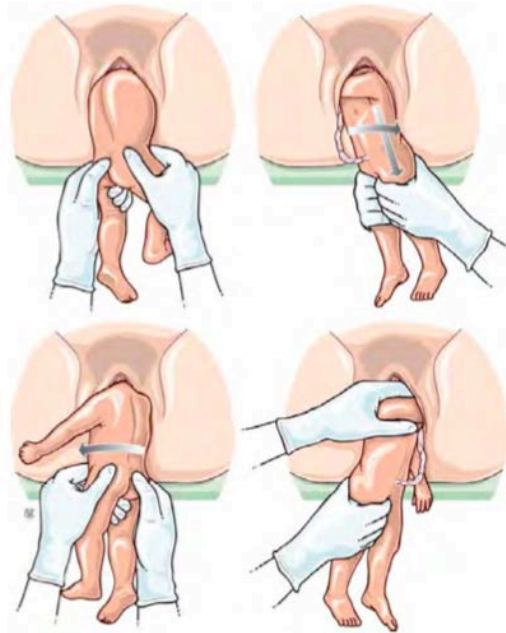


Relèvement des bras [2]



Rétention de tête dernière engagée [2]

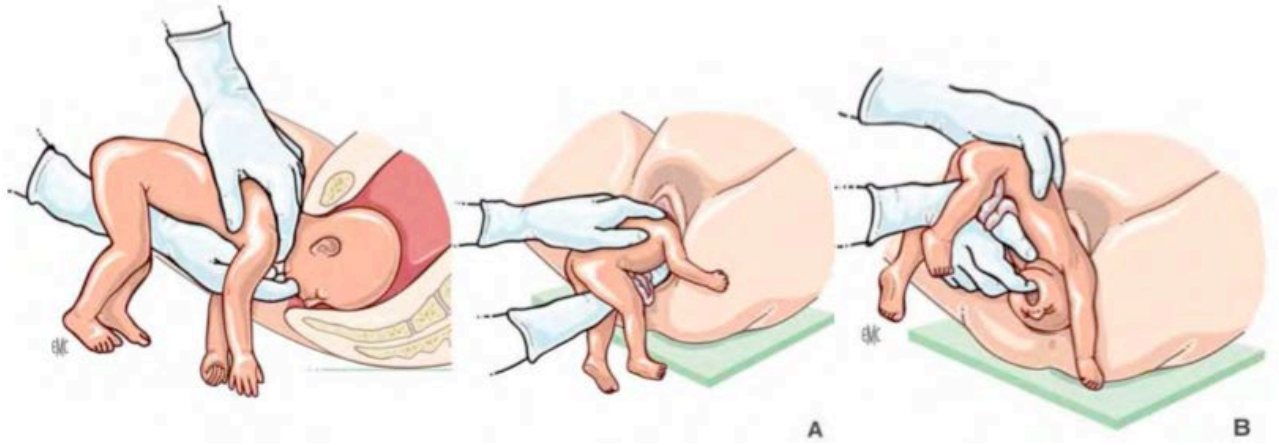
ANNEXE VI : Les manœuvres du siège



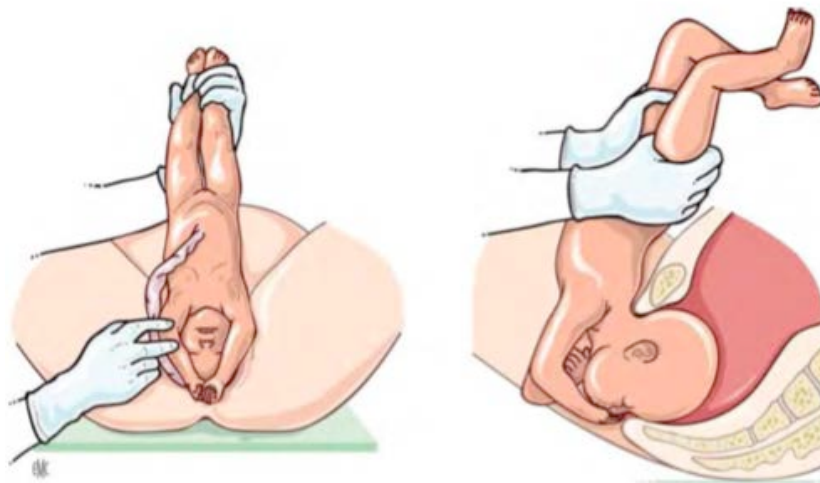
Manœuvre de Lovset [2]



Manœuvre de Suzor [2]



Mancœuvre de Mauriceau [2]



Mancœuvre de Bracht [2]

ANNEXE VII : Le questionnaire pour les maternités

Questionnaire pour les maternités : Accouchement du siège en 2020

Bonjour,

Je suis Aline Poterlot étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Metz.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème siège et nullipare.

Ma problématique est : Quel mode d'accouchement est proposé aux nullipares dont le fœtus est en présentation podalique, dans les maternités françaises, en 2020 ?

Cette étude est faite auprès des sages-femmes coordinatrices de salle de naissance des maternités de France situées dans les différentes régions françaises.

Dans l'attente de vos nombreuses réponses.

Merci

-Quel est le nombre d'accouchement du siège par voie basse en 2020 ?

-Quel est le nombre d'accouchement du siège par césarienne programmée en 2020 ?

-Quel est le nombre d'accouchement du siège de nullipare par voie basse en 2020 ?

-Quel est le nombre d'accouchement du siège de nullipare par césarienne programmée en 2020 ?

-Est-ce que dans votre établissement vous réalisez obligatoirement une pelvimétrie en vue d'un accouchement du siège de nullipare par voie basse ou selon des critères spécifiques ?

-Déclenchez-vous les grossesses de nullipare en présentation du siège ? Si oui, comment ?

-A partir de quelle estimation de poids fœtal réalisez-vous une césarienne pour la présentation du siège chez la nullipare ?

-Réalisez-vous systématiquement une analgésie péridurale lors de l'accouchement du siège par voie basse chez la nullipare ?

-Réalisez-vous systématiquement des épisiotomies lors d'un accouchement voie basse du siège d'une nullipare ?

-Proposez-vous systématiquement une césarienne programmée au nullipare enceinte d'un siège ?

-A quelle période du travail réalisez-vous l'amniotomie lors d'un accouchement voie basse du siège chez la nullipare ?

-Qui pratique l'accouchement du siège de nullipare habituellement ?

-Est-ce que les sages-femmes réalisent les accouchements du siège par voie basse des nullipares ?

-Est-ce que les sages-femmes réalisent les accouchements du siège par voie basse des multipares ?

-Quelle est la place de la sage-femme lors de l'accouchement du siège ?

-Votre maternité a-t-elle toujours réalisé des accouchements en présentation du siège de nullipare par voie basse ? Si non à partir de quand en avez-vous fait ?

-Est-ce que la présentation du siège de nullipare est vue comme une présentation dystocique ou eutocique dans votre maternité ?

-Est-ce que la femme est la principale décisionnaire du mode d'accouchement ?

Questionnaire à destination des sages-femmes coordinatrices des maternités sélectionnées en France

**SIÈGE ET NULLIPARE, MODE D'ACCOUCHEMENT EN FRANCE EN 2020
ET SUIVI DES DERNIERES RECOMMANDATIONS DU CNGOF**

RESUME

Introduction : En 2000, l'étude publiée par Hannah dans the Lancet modifie la prise en charge des femmes enceintes d'un fœtus en présentation du siège de primipare en faveur de la césarienne programmée. Mais d'autres études en faveur de la voie basse s'y opposent. L'objectif principal de cette étude a été de faire un état des lieux des modes d'accouchements par le siège chez les nullipares, en France, en 2020, et le suivi des dernières recommandations du CNGOF.

Méthode : Pour répondre à cet objectif, cette étude quantitative a été faite en 2021, par questionnaire, auprès de 51 maternités sélectionnées aléatoirement en France.

Résultat : Sur les 29 maternités, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 1262, dont 479 accouchements voie basse (38%), contre 590 césariennes (47%). Chez les nullipares, le nombre total d'accouchement du siège en 2020 était de 332 (26%). Parmi eux, on a retrouvé 134 accouchements voie basse (40%) et 175 césariennes programmées (53%).

Concernant les recommandations, 89,7% des maternités interrogées ont réalisé systématiquement une pelvimétrie. 55,2% des maternités ne déclenchaient pas les nullipares enceintes d'un siège contre 41,4% qui le faisait avec indication médicale. La majorité des maternités ont fait une césarienne si l'estimation de poids fœtal était supérieure à 3800g. 64,3% des maternités réalisaient systématiquement une analgésie péridurale. 75,9% des maternités n'ont pas proposé systématiquement une césarienne programmée, contre 24,1% qui la proposaient toujours lors d'un siège. Pour la majorité des maternités, l'amniotomie était effectuée le plus tard possible.

Conclusion : En France, en 2020, le nombre de césarienne programmée reste plus élevée que le nombre d'accouchement voie basse lors d'une présentation podalique de nullipare. Mais l'écart tend à se diminuer, en faveur de l'accouchement voie basse. La majorité des maternités utilisent les recommandations du siège du CNGOF. Enfin, la place de la sage-femme dans cette prise en charge est centrale.

Mots clés : Accouchement ; Siège ; Nullipare ; Recommandations ; France ; CNGOF

ABSTRACT

Introduction : In 2000, Hannah's Lancet study changed the management of pregnant women with a primiparous breech fetus in favour of scheduled caesarean section. However, other studies in favour of vaginal delivery argue against it. The main objective of this study was to review the situation of breech births in nulliparous women in France in 2020 and to follow the latest recommendations of the CNGOF.

Methods : To meet this objective, this quantitative study was carried out in 2021, by questionnaire, in 51 randomly selected French maternity hospitals.

Results : Of the 29 maternity units, the total number of breech deliveries in 2020 was 1262, of which 479 were vaginal deliveries (38%), compared with 590 caesarean sections (47%). Among nulliparous women, the total number of breech births in 2020 was 332 (26%). Of these, there were 134 vaginal deliveries (40%) and 175 scheduled caesarean sections (53%).

Regarding the recommendations, 89.7% of the maternity units surveyed routinely performed pelvimetry. 55.2% of maternity hospitals did not induce breech pregnancies in nulliparous women, compared to 41.4% who did so with a medical indication. The majority of maternity hospitals performed a caesarean section if the estimated fetal weight was over 3800g. 64.3% of maternity hospitals systematically provided epidural analgesia. 75.9% of maternity hospitals did not systematically offer a planned caesarean section, against 24.1% who systematically offered it in the case of breech. For the majority of maternity hospitals, amniotomy was performed as late as possible.

Conclusion : In France, in 2020, the number of scheduled caesarean sections remains higher than the number of vaginal deliveries in nulliparous presentations. But the gap is narrowing in favour of vaginal delivery. The majority of maternity hospitals use the CNGOF breech recommendations. Finally, the role of the midwife in this care is central.

Key Words : Delivery; Breech; Nulliparous; Recommendations; France; CNGOF