



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard Lyon 1

Faculté de Médecine Rockefeller

École de Sages-femmes de Bourg en Bresse



Mémoire présenté et soutenu par :

Jennifer THOMÉ

née le 31 mai 1986 à Tonnerre

en vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme

promotion 2006-2010

En page de garde :

Lavender Mist Number 1,

POLLOCK J. (1912-1956)

1950

221x330 cm huile peinture d'émail et d'aluminium sur toile brute

The national gallery of Art Washington DC

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements :

À maman, qui a toujours trouvé les bonnes recettes : celles qui rassurent, donnent confiance, font grandir...

À ma famille, toujours présente,

À Marianne, fidèle amie,

À Camille, à jamais à mes côtés,

À mes amies de promotion, si passionnées,

À toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Bourg en Bresse, pour sa rigueur, sa disponibilité et sa gentillesse au fil de ces quatre ans, à Florence Chichoux qui nous a accompagnés dans nos premiers pas, à Françoise Lamouille Morel, qui nous a soutenus lors de notre année charnière, à Nathalie Quérol pour sa patience et ses conseils,

À tous les professionnels rencontrés pendant ces quatre ans,

Enfin, merci aux membres du réseau Aurore pour leurs participations.

Errata

Le mémoire « La présentation du siège unique à terme : Enquête sur les politique de prise en charge des maternités du réseau Aurore. » comporte un certain nombre d'erreurs et d'omissions. L'auteur présente ses excuses pour la gêne occasionnée. Les lecteurs trouveront ici quelques corrections.

P 1, Sommaire : l'Introduction se situe à la page 6.

P 21, ligne 10 : au lieu de « [...] sont nombreuse » lire « sont nombreuses ».

P 21, ligne 12 : au lieu de « éloignés » lire « éloignées ».

P 23, ligne 8 : au lieu « l'accouchement programmée » lire « l'accouchement programmé ».

P 23, ligne 16 : au lieu de « l'études » lire « l'étude ».

P 24, l'étude PREMODA « PREsentation et Mode D'Accouchement » porte la référence bibliographique n°13.

P 33, ligne 1 : au lieu de « Six équipes la renouvellent... » lire « Six équipes renouvellent... ».

P 35, ligne 16 : au lieu de «... demandent le consentement... » lire « ... demandent systématiquement le consentement... ».

P 40, tableau 3 : au lieu de « nombre de réponse » lire « nombre de réponses ».

P 54, tableau 4 : au lieu de « ... groupe consensuel du réseau » lire « groupe consensuel du réseau AUDIPOG ».

P 64, ligne 23 : au lieu de « pratiqueront » lire « pratiquerons ».

P 66, ligne 21, nous devons préciser que le simulateur d'accouchement lyonnais permettant des extractions instrumentales, BirthSIM, a fait l'objet de trois thèses entre 2004 et 2007.

MOREAU R, Le simulateur d'accouchement BirthSIM : un outil complet pour la formation sans risque en obstétrique, thèse INSA Lyon, 2007

BirthSIM ne permet pas d'effectuer des accouchements en présentation podalique mais reflète la place potentielle des simulateurs dans l'enseignement de l'obstétrique.

P 74, ligne 27 EPP signifie évaluation des pratiques professionnelles.

Dans la bibliographie, ajouter dans «Documents non publiés»

MOREAU R, Le simulateur d'accouchement BirthSIM : un outil complet pour la formation sans risque en obstétrique, thèse INSA Lyon, 2007.

ROUX C, L'accouchement du siège part voie basse. Qu'en reste-t-il à l'aube du XXIème siècle. Mémoire école de sage-femme de Lyon, 2001.

VAUDOYER F, Décision obstétricale dans la présentation du siège unique à terme (acceptation de la voie basse versus césarienne prophylactique cohorte de 1116 cas). Thèse de médecine, Lyon, 1998.



Sommaire

Liste des abréviations	5
Introduction	6
Première partie. Le siège: présentation et évolution des pratiques	9
I. La présentation du siège	10
I 1. Définition	10
I 2. Fréquence	10
I 3. Classification	10
I 3 1. Modalités de présentation	10
I 3 2. Variétés de position	11
I 4. Étiologies	12
I 5. Accouchement physiologique	12
I 5 1. Accouchement du siège	12
I 5 2. Accouchement des épaules	13
I 5 3. L'accouchement de la tête dernière	13
I 6. Méthode d'expulsion	13
I 6 1. Méthode non interventionniste de Vermelin	13
I 6 2. Méthode interventionniste	14
I 7. Anomalies lors de l'accouchement	14
I 7 1. La rotation du dos en arrière et l'accrochage du menton	14
I 7 2. Le relèvement des bras du fœtus	14
I 7 3. Rétention de la tête dernière	15
I 7 3 a. Rétention de la tête non engagée	15
I 7 3 b. Rétention de la tête dernière engagée	15
I 7 4. Procidence du cordon	15
II. Évolution des pratiques	16
II 1. Historique	16
II 1 1. La première moitié du XXème siècle adopte la voie basse spontanée.	16
II 1 2. La deuxième moitié du XXème siècle voit l'essor de la césarienne	17
II 2. Recommandations officielles jusqu'en 2000	18
II 3. Le Term Breech Trial	20
II 3 1. Résumé de l'article de Hannah et coll	20
II 3 2. Controverses	21
II 3 3. Impacts de Hannah	22
II 3 3 a. Dans les pratiques : augmentation du taux de césarienne	22

II 3 3 b. Dans les recommandations des collègues et associations professionnels : la tête la première sinon rien.	23
II 3 4. Les publications du Term Breech Trial plus discrètes.	23
II 4. L'étude PREMODA	24
II 5. Retour d'une attitude plus nuancée dans les recommandations.	25
Deuxième partie: l'étude	26
I. Problématique.	27
I 1. Choix du réseau Aurore.	27
II. Objectifs de recherche.	27
III. Hypothèses.	28
IV. Matériel et méthode.	28
IV 1. Élaboration du questionnaire.	28
IV 2. Considérations statistiques	29
V. Interprétation des résultats.	29
VI. Les résultats.	29
VII. Version du siège.	30
VII 1. La VME.	30
VII 1 1. Pratique de la VME.	30
VII 1 2. Terme de réalisation de la VME	31
VII 1 3. Technique et précautions	31
VII 1 4. Après échec	32
VII 1 5. Cas particuliers.	33
VII 2. Autres techniques de version	34
VII 3. Apprentissage de la VME	34
VIII. Choix du mode d'accouchement devant une présentation du siège à terme.	36
VIII 1. L'accord de la patiente.	36
VIII 2. Examens pratiqués.	36
VIII 3. Confrontation fœto-pelvienne.	38
VIII 3 1. Dimensions pelviennes.	38
VIII 3 2. Dimensions fœtales.	40
VIII 3 3. Autres éléments décisionnels.	40
IX. Gestion de l'accouchement en cas d'acceptation de la voie basse.	44
IX 1. L'entrée en travail.	44
IX 2. Déclenchement du travail.	44

IX 3.Travail du siège.	45
IX 3 1.Indication de césarienne en cours de travail.....	46
IX 4. L'accouchement du siège.	47
IX 4 1.Praticien effectuant l'accouchement.	47
IX 4 2.Déroulement de l'accouchement.	48
IX 4 3.Terme de la césarienne programmée.....	48
X. Décision du mode d'accouchement.	49
X 1.Décision du professionnel.....	49
X 2.Consentement de la patiente	49
Troisième partie. La discussion	51
I.Limites de l'étude	52
II. Description des pratiques obstétricales.	54
II 1.Une tentative d'accouchement voie basse, sous quels critères ?	54
II 1 1.Critères de la confrontation fœto-pelvienne.	56
II 1 2.Des contre-indications relatives considérées comme absolues.....	56
II 1 2 a.Pas d'épreuve utérine en cas de présentation du siège dans le réseau AURORE.....	56
II 1 2 b.La primiparité : obstacle à l'accouchement voie basse.....	57
II 1 2 c.La question du siège complet n'est pas encore tranchée.....	57
II 2.Prise en charge rigoureuse en salle de naissance.	59
II 2 1.Description de la prise en charge du travail en cas de présentation du siège.	59
II 2 2.L'accouchement en cas de présentation du siège.	60
II 3.Déclenchement du travail et siège : une pratique très timide... ..	61
II 4.Peut-il exister un excès de sécurité ?	61
III. La place de la sage femme.....	63
III 1.Le siège : une compétence des sages-femmes ?	63
III 2.La sage-femme : actrice au sein d'une équipe.....	63
III 3.La formation peut-elle pallier le manque d'expérience ?	64
IV. La formation des manœuvres : un des clefs de voûte du problème ?.....	66
V. Choix de la patiente et risque médico-légal.....	68
V 1.L'accouchement du siège : cas singulier où la participation de la patiente est un des critères de sélection.	68
V 2.Pas de consentement éclairé sans information.....	68
V 3.Risque médico-légal	69

VI. La VME ne fait pas l'unanimité au sein du réseau AURORE	71
VI 1.Rappel.....	71
VI 2.Habitudes de pratiques	72
VI 2 1.L'utilisation de la tocolyse.	72
VI 2 2Le terme de réalisation.	73
VI 2 3.Les méthodes « alternatives » boudées.	73
VI 2 4.Sélection des patientes.....	74
VI 2 4 a.VME et utérus cicatriciel ne font pas bon ménage au sein du réseau AURORE.....	74
VI 3.Conclusion sur la VME.	74
Conclusion	76
Bibliographie	
Références bibliographiques.	
Bibliographie	
Annexes	

Liste des abréviations

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists.

AVB: Accouchement voie basse.

BIP : Périmètre bipariétal.

Cf. : confère.

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

IMC : indice de masse corporel.

IV : intraveineuse.

LA : liquide amniotique.

PSPH : hôpitaux privés participants au service public hospitalier.

PRP : promonto rétro pubien (diamètre).

RCF : rythme cardiaque fœtal.

RCIU : retard de croissance in utéro.

RCOG: Royal College of obstetricians and gynæcologists.

RPM : rupture prématurée des membranes.

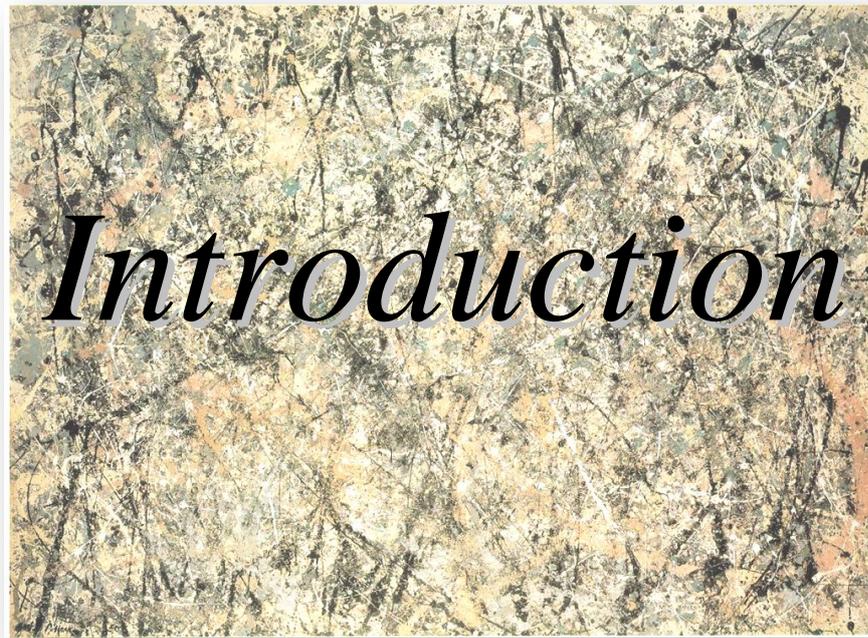
SA : semaines d'aménorrhées.

SFMP : Société Française de Médecine Périnatale.

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues canadiens.

TBT : Term Breech trial.

VME : version par manœuvres externes.



Difficile de ne pas débiter ce mémoire sans rappeler à quel point, depuis l'Antiquité, la présentation du siège intrigue, inquiète, déchaîne les passions et suscite les débats les plus vifs... Quelle drôle d'idée « d'entrer à reculons » dans la vie !

Pendant longtemps cette crainte du siège n'était basée que sur l'observation et l'expérience, comme d'autres situations obstétricales. Archie Cochrane, fondateur de la *Cochrane collaboration* décerna d'ailleurs en 1972, une « cuillère de bois » à l'obstétrique, la considérant comme la spécialité la moins factuelle. Notre discipline évolua considérablement et la question du siège engendra un foisonnement d'études, fournissant des argumentations fondées sur des preuves scientifiques et non plus dogmatiques. Loin de clore la discussion entre partisans de la voie basse et défenseurs de la voie haute, ces études, aux résultats parfois contradictoires, l'alimentèrent (1) (2).

En l'an 2000, nombre de praticiens ont pensé que les flammes du débat sur la prise en charge des sièges s'éteindraient avec la retentissante publication de l'étude randomisée multicentrique du Term Breech Trial (TBT) de Hannah et al. (3). Les auteurs concluaient qu'une politique de césarienne programmée en cas de présentation du siège diminuait la mortalité périnatale ou néonatale et la morbidité sévère. Cette étude, véritable ouragan, modifia bon nombre de recommandations et de pratiques à travers le monde en faveur de la césarienne systématique (4) (5) (6) (7).

Mais des siècles de controverses ne pouvaient s'achever avec une étude se révélant être éloignée des pratiques françaises et elle-même source de nombreuses polémiques sur sa validité (8) (9). D'autant plus qu'à long terme, aucune différence de morbidité ou mortalité infantile ou maternelle n'est retrouvée. (10) (11) (12).

C'est ainsi qu'en 2004 les français ont ravivé les braises de la polémique avec la publication de Goffinet et al. L'étude observationnelle prospective réalisée ne constate pas de différences significatives entre les deux modes d'accouchement en cas de présentation du siège, contrairement à Hannah(13).

Les Collèges d'obstétriciens sont revenus petit à petit sur leurs recommandations, et les tentatives d'accouchement voie basse (AVB), après une sélection rigoureuse, ont été réhabilitées, mais trop tard...(14) (15) (16). Le cyclone Hannah a mis peu de temps à ravager le taux d'AVB, déjà mis à mal. Les césariennes, dont l'augmentation était amorcée depuis de milieu du XXème siècle, se sont rapidement enracinées dans les pratiques (7).

La conduite à tenir vis-à-vis de la présentation du siège reste donc ouverte, puisque le choix de la tentative d'accouchement par voie naturelle ou de la césarienne programmée est libre et défendable.

Neuf ans après la publication de Hannah et coll., cinq ans après PREMODA, et à l'heure où la périnatalité s'organise en réseau, nous nous sommes demandés quelles sont les politiques de prise en charge des sièges, uniques à terme, mises en œuvre au sein des maternités du réseau AURORE. De la découverte d'une présentation du siège, à l'accouchement, quelles sont les habitudes des maternités du réseau AURORE en matière de VME, d'acceptation de la voie basse, de gestion du travail et de l'accouchement ?

Dans une première partie nous aborderons les particularités de cette présentation et essaierons de comprendre le débat en étudiant l'évolution de la prise en charge des sièges en fonction des données scientifiques. Puis les résultats de l'enquête menée auprès des maternités du réseau AURORE seront présentés dans une deuxième partie. Enfin nous discuterons dans la troisième partie des politiques de prise en charge pratiquées.



Première partie

*Le siège : présentation et
évolution des pratiques*

I. La présentation du siège

I 1.Définition

La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus est au niveau du détroit supérieur tandis que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin (17).

Ses dimensions sont compatibles avec la filière pelvienne elle peut donc être considérée comme eutocique bien qu'elle engendre plus de dystocies que la présentation céphalique.

I 2.Fréquence

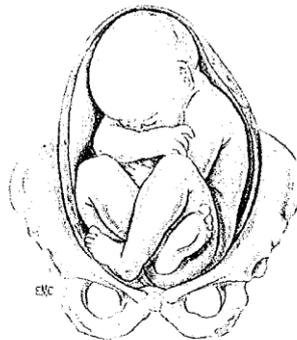
La présentation du siège est la présentation la plus fréquente après celle du sommet, elle se situe entre 3 et 4% (17) (18).

I 3.Classification

I 3 1.Modalités de présentation

Il existe deux modalités principales de présentation du siège(17) (18):

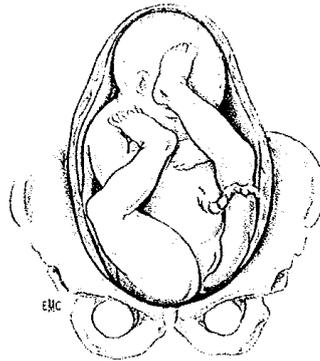
-Le siège complet se définit comme une présentation où les jambes sont très fléchies sur les cuisses elles-mêmes fléchies sur le bassin. On parle classiquement de fœtus assis « en tailleur ». Les dimensions de la présentation sont augmentées par les membres inférieurs. Il représente moins d'un tiers des présentations podaliques, on parle de « complete ou full breech » en anglais.



Extrait de GRALL J-Y., DUBOIS J., MOQUET P., POULAIN P., BLANCHOT J., LAURANT M.,
Présentation du siège (Encycl. Med. Chir, Obstétrique, 1994)

Figure 1 : Le siège complet

-Le siège décomplété mode des fesses se définit quand à lui comme une présentation où les membres inférieurs sont totalement relevés en extension devant le tronc, les pieds étant au niveau de la tête fœtale, de sorte que les fesses sont à elles seules la présentation. Il s'agit de la modalité la plus fréquente (2/3 des cas), dans la littérature anglosaxonne on le retrouve sous le terme de « frank breech ».



Extrait de GRALL J-Y., DUBOIS J., MOQUET P., POULAIN P., BLANCHOT J., LAURANT M.,
Présentation du siège (Encycl. Med. Chir, Obstétrique, 1994)

Figure 2 : Le siège décomplété mode des fesses

D'autres modalités existent mais sont rares :

-le siège décomplété mode des genoux où les membres inférieurs sont « ½ fléchis sous le siège ».

-le siège décomplété mode des pieds où le fœtus est « debout ».

-le siège mi-complet mi-décomplété où l'un des membres est en extension devant le tronc du fœtus, et l'autre fléchi.

1 3 2. Variétés de position

Le repère de la présentation du siège est le sacrum.

Comme pour les présentations céphaliques, les variétés de position se situant dans le diamètre gauche sont les plus fréquentes : sacro-iliaque gauche antérieure et sacro-iliaque droite postérieure. Les variétés sacro-iliaques gauches postérieures et sacro-iliaque droite antérieure étant plus rares (17).

I 4.Étiologies

C'est entre 32 et 36 SA que le fœtus exerce sa « culbute physiologique » suivant la loi de Pajot (adaptation du fœtus à la forme et aux dimensions de la cavité utérine). La cavité utérine a une forme ovoïde dont la partie la plus large est le fond utérin, ainsi, au 7^{ème} mois, le siège devenant la partie la plus volumineuse du fœtus, il rejoint le fond utérin et adopte une présentation céphalique. La présentation du siège est donc la conséquence d'un défaut d'accommodation dont les origines peuvent être fœtales, maternelles ou ovulaires (17). La cause la plus fréquente est la prématurité cf. *tableau 1*

Causes fœtales	Causes maternelles	Causes ovulaires
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prématurité (on retrouve 40% de prématurés parmi les sièges) ✓ Malformations ✓ Grossesse multiple ✓ Hyper-extension de la tête fœtale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Congénitales : <ul style="list-style-type: none"> -Hypoplasie utérine -Malformations utérines ✓ Acquisées : <ul style="list-style-type: none"> -Multiparité (à cause de l'hypotonie utérine) -Primiparité (à cause de l'hypertonie utérine) -Tumeurs intrinsèques ou extrinsèques (fibromes, kystes) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anomalies du liquide amniotique (hydramnios, oligoamnios) ✓ Anomalie du cordon ✓ Placenta bas inséré

Tableau 1 : Étiologies de la présentation du siège

I 5.Accouchement physiologique

Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'un fœtus en présentation du siège est comparable à un mobile homogène dont on ne distingue pas les trois accouchements (siège, épaules et tête) (17) (18), néanmoins il apparaît plus simple de décrire la mécanique obstétricale par ces trois temps.

I 5 1.Accouchement du siège

Le diamètre bi-trochantérien s'oriente dans un des diamètres obliques du bassin sans amoindrissement car ce diamètre est généralement assez petit

L'engagement est décrit comme facile et précoce en cas de siège décomplété mode des fesses, plus difficile en cas de siège complet.

Durant la descente la rotation est de $1/8^{\text{ème}}$ de cercle, le diamètre bi-trochantérien se place dans le plan vertical du détroit inférieur.

Le dégagement se fait hanche antérieure la première, puis hanche postérieure. Dans le siège décomplété mode des fesses le siège « monte au Zénith » puis retombe sous l'effet de la pesanteur.

I 5 2. Accouchement des épaules

Lorsque le siège est sorti, le dos tourne en avant et le diamètre bi-acromiale s'oriente dans un diamètre oblique du détroit supérieur, le même que le bi-trochantérien dans les présentations antérieures et l'opposé dans les présentations postérieures.

La descente et la rotation sont simultanées.

Le dégagement se fait en général en transverse.

I 5 3. L'accouchement de la tête dernière

L'engagement a lieu dans le même temps que la descente et le dégagement des épaules. L'orientation de la tête fœtale se fait dans le diamètre oblique du détroit supérieur opposé à celui des épaules (le dos étant en avant l'occiput se retrouve aussi en avant).

La tête descend et tourne en occipito-pubien.

Enfin lors du dégagement l'occiput tourne autour de la symphyse pubienne.

I 6. Méthode d'expulsion

I 6 1. Méthode non interventionniste de Vermelin

L'expulsion a alors lieu grâce aux contractions utérines et aux efforts expulsifs. L'opérateur assiste à l'accouchement physiologique tel qu'il est décrit précédemment et joue le rôle « d'observateur attentif » veillant à l'absence de survenue de dystocies *cf. annexes I et II*.

Un plan dur est situé sous le périnée pour réceptionner le fœtus.

Le praticien peut faire une anse au cordon dès le dégagement de l'abdomen et pratiquer une manœuvre de Bracht *cf. annexe III* pour aider l'expulsion de la tête fœtale précédée ou non d'une manœuvre de Lovset *cf. annexe III* (18).

I 6 2.Méthode interventionniste

L'expulsion peut s'effectuer aussi en dirigeant de façon systématique le dégagement des épaules et de la tête par l'exécution successive des manœuvres de Lovset et Mauriceau *cf. annexe IV*. Cette méthode se justifiant par « des raisons vasculaires » : risque d'hypoxie, « des raisons mécaniques » : une fois la tête engagée les contractions n'ont plus la même efficacité pour son dégagement et des « raisons pédagogiques » : elle permet la pratique des manœuvres en cas d'eutocie et l'acquisition d'une plus grande expérience pour le praticien (18).

I 7.Anomalies lors de l'accouchement

I 7 1.La rotation du dos en arrière et l'accrochage du menton

Lors du dégagement du siège le dos doit tourner en avant pour que l'occiput s'engage en avant. Dans le cas contraire l'occiput se trouvant en arrière la tête subit une déflexion et le menton accroche le bord supérieur de la symphyse pubienne, un accouchement spontané est alors impossible. Il est nécessaire de surveiller la progression de la présentation et pratiquer une contrainte en sens inverse si le siège débute une rotation arrière (18).

I 7 2.Le relèvement des bras du fœtus

Les auteurs soulignent que ce phénomène est peu fréquent dans l'accouchement spontané du siège et son origine est souvent iatrogène, traction sur le fœtus, il est plus rarement lié à une disproportion fœto-pelvienne. Cet évènement est incompatible avec un accouchement spontané, il est alors nécessaire de pratiquer des manœuvres d'abaissement des bras : petite extraction *cf. annexe IV*, manœuvre de Demelin, manœuvre de Lovset *cf. annexe IV*, ou encore manœuvre de Suzor (17) (18). La pratique de la petite extraction en systématique permet une prophylaxie du relèvement des bras (manœuvre de Deventer Muller).

I 7 3.Rétention de la tête dernière

I 7 3 a.Rétention de la tête non engagée

La rétention du pôle céphalique au dessus du détroit supérieur est généralement due à une disproportion fœto-pelvienne. Cette situation est extrêmement délicate et les manœuvres décrites pour palier à cette dystocie sont traumatisantes (manœuvre de Charpentier de Ribes, manœuvre de Zavanelli) (18).

I 7 3 b.Rétention de la tête dernière engagée

La rétention de la tête dans l'excavation pelvienne peut être la conséquence d'un rétrécissement du détroit moyen ou d'une dystocie des parties molles et est jugée comme facile à traiter, notamment par une manœuvre de Mauriceau ou de Bracht (17).

I 7 4.Procidence du cordon

Il est classique de dire que la procidence du cordon est moins dangereuse en présentation du siège, et n'est pas incompatible avec l'accouchement voie vaginale, qui doit néanmoins être rapide (17).

II. Évolution des pratiques.

II 1. Historique

Il semble que l'accouchement du siège éveille depuis l'Antiquité angoisses, intérêts et polémiques.

Hippocrate (460-370 avant JC) préconisait déjà la version pour amener la tête première, « L'accouchement par le siège était redouté à un tel point que la version céphalique par manœuvres mixtes était réalisée après refoulement du siège et des membres inférieurs ».

Soranus d'Éphèse (98-177 après JC), considéré comme le véritable fondateur de l'obstétrique fût le premier à préconiser et utiliser la version podalique, qui devait alors être effectuée « avec douceur ». Il fallu attendre Ambroise Paré au XVIème siècle pour que cette pratique soit restaurée.

Au XVIIème siècle, François Mauriceau, décrit la manœuvre éponyme pour la rétention de la tête dernière. C'est un farouche opposant de la césarienne sur les femmes vivantes ainsi que de l'utilisation des forceps, utilisés notamment par les obstétriciens anglais et prônée au XVIIIème siècle par Smellie William grand maître du forceps sur la tête dernière.

En 1821 Mme La Chapelle, première directrice de l'école de sage-femme de Paris, décrit l'accouchement du siège durant lequel « l'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent à la tentation d'agir ».

En 1878 Pinard, élève de Tarnier, codifie sa technique de version par manœuvre externe et permet la vulgarisation de cette version, décrite en 1807 par Wigand (17).

Le débat évolua encore avec l'essor de la chirurgie au XIXème siècle.

II 1 1. La première moitié du XXème siècle adopte la voie basse spontanée.

Dès les années 1930 les discussions sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège se font sur des attitudes diamétralement opposées. Les partisans du « Laisser faire la

nature » contre les interventionnistes et les partisans de la solution chirurgicale contre ceux de la voie basse.

La France prend partie pour l'attitude qui consistait à n'exercer aucune manœuvre prophylactique systématique mais à y recourir en cas de dystocie (19). Pour Bracht, en 1938, « le nombre et la précocité des interventions » lors de l'accouchement du siège est la cause de la mortalité fœtale élevée, il préconise donc l'abstention et l'évolution spontanée le plus longtemps possible. En 1948 dans la continuité de Bracht les professeurs nancéens Vermelin et Ribon prônent aussi l'accouchement spontané montrant que l'accouchement peut se dérouler totalement de façon spontanée et la méthode abstentionniste « selon Vermelin » est assez largement adoptée. Les manœuvres réalisées ensuite sont alors des manœuvres d'accompagnement.

II 1 2. La deuxième moitié du XXème siècle voit l'essor de la césarienne

En 1959 R.C. Wright défend la césarienne systématique dans toute présentation de siège de plus de 35 SA. Son argument principal est alors une mortalité 3 à 4 fois plus élevée dans les accouchements voie basse. De plus, la césarienne bénéficie en permanence des progrès de la chirurgie (anesthésie, produits antiseptiques, pénicilline...). Rapidement, sa proposition trouve de nombreux partisans, malgré la flambée de la mortalité et surtout de la morbidité maternelle. Le taux de césarienne augmente de façon exponentielle dès les années 70 dans les pays industrialisés en général, et aux États-Unis en particulier, où le taux de césarienne pour siège est passé de 11,3% en 1970 à 79,1% en 1985, frôlant les 100% dans certains centres (20).

La défense européenne de la césarienne en cas de présentation du siège est assurée par Kubli en 1975, qui, en Allemagne, soutient que l'on doit tenter une VME devant toute présentation du siège ou pratiquer une césarienne en début de travail. Il a en effet retrouvé un taux d'acidose proche de 10% chez les enfants en siège nés par voie vaginale (19).

En France aussi la césarienne connaît un succès puisque le taux général y est de 6,1% en 1972, 14% en 1991 et 18% en 2001. Les adeptes de l'école voie haute en cas de présentation du siège se multiplient, même si l'attitude officielle reste fidèle à la voie basse qui profite d'améliorations (avancées techniques comme le contenu utérin, radiopelvimétrie, ...) (19).

De nombreux auteurs cherchent à mettre en évidence des critères de sélection pour aider à la décision entre l'accouchement voie basse et l'accouchement voie haute et éviter la solution extrême du « tout césarienne », même si l'incertitude quand au résultat final persistera toujours (1). Ainsi différents scores d'évaluation pronostic apparaissent : celui de Zatuchni et Andros (à effectuer en début de travail) «Prognostic index for vaginal delivery in breech presentation at term » paru en 1967, celui de Denis (1976) (cf. annexeV).

L'utilisation de critères restrictifs permet une sélection et engendre l'augmentation du taux de césarienne pour siège, en France en 1972 on retrouve 14,5% de césariennes avant le travail, contre 42,6% en 1995-98 (7).

Dans le dernier tiers du XX ème siècle de nombreuses études autant favorables que défavorables à la voie basse sont publiées ce qui fait dire en 1981 à J. Dubois (1) à propos de l'épineuse question de la conduite à tenir en cas de présentation du siège : « malgré une considérable littérature, il n'existe rien d'assuré mais seulement des opinions basées sur des expériences individuelles, et dont les résultats sont parfois contredits par d'autres résultats ». Il souligne néanmoins la nécessité d'établir un « coefficient de risque » et qu'en cas de voie basse favorable, l'accouchement devra « être conduit comme une épreuve du travail » avec la mise en place d'une surveillance draconienne (enregistrement continu du RCF, mesure du pH sanguin, présence de l'équipe médicale au complet).

En France, l'accouchement par voie vaginale reste pratique courante, aux alentours de 60% dans le milieu des années 90 (21).

II 2.Recommandations officielles jusqu'en 2000

En 1986, le Collège Américain des Gynécologues Obstétriciens (ACOG) indiquait que la césarienne ou l'accouchement par voies naturelles (dans des cas sélectionnés avec précautions) pouvaient être acceptables pour la présentation du siège décomplété à terme et que la controverse concernant la naissance du siège ne pouvait trouver de réponse par un consensus au moment du communiqué. Les canadiens vont dans le même sens (20).

En 1994 la fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (22) élabore des recommandations concernant le siège à terme dans les pays industrialisés : elle recommande

la VME pour diminuer le nombre de siège et encourage la césarienne d'indication large dans les pays développés. L'accouchement du siège par voie vaginal est autorisé avec des critères d'acceptation draconiens et en l'absence de facteurs de risques :

- ✓ HTA
- ✓ RCIU
- ✓ RPM
- ✓ macrosomie : PFE supérieur à 3700-3800g
- ✓ hyper extension de la tête
- ✓ pied procident
- ✓ bassin anormal (sans préciser les dimensions d'un bassin « normal »)
- ✓ non progression du travail
- ✓ SFA.

La surveillance doit être rapprochée, un opérateur confirmé doit se trouver sur place durant tout le travail et la grande extraction est bannie (17).

En l'an 2000, les recommandations pour la pratique cliniques du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (23), concernant la présentation du siège sont les suivantes :

« Il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège ». Le CNGOF énonce les critères optimaux définis par des comités d'experts (malgré l'absence d'étude ayant un niveau de preuve suffisant) :

- ✓ Radiopelvimétrie normale
- ✓ Estimation pondérale entre 2500 et 3800 grammes
- ✓ Siège décomplété mode des fesses
- ✓ Acceptation de la patiente
- ✓ La VME doit être une pratique encouragée.

À l'aube du XXI^{ème} siècle, les deux écoles de prise en charge du siège s'affrontent et l'augmentation du taux de césarienne est amorcée, la pratique française semble partisane des

tentatives voies basses rigoureusement sélectionnées mais les politiques varient d'une équipe à l'autre.

II 3. Le Term Breech Trial

En 2000 les publications dans le Lancet de l'essai de Hannah et coll. (3) et du commentaire de Lumley (24) représentent un véritable tournant dans les politiques de prise en charge des sièges à terme puisqu'ils prônent avec une puissance mondiale la césarienne systématique.

II 3 1. Résumé de l'article de Hannah et coll.

L'objectif de l'essai est de comparer chez des femmes à terme avec une présentation du siège et par une étude randomisée, une politique de césarienne programmée systématique contre une politique de tentative d'accouchement voie basse.

L'hypothèse de départ est qu'une politique de césarienne systématique améliore le risque de mortalité et de morbidité du nouveau né par rapport à une politique de tentative d'AVB. Cette hypothèse est suggérée par M. Hannah et M. Cheng en 1993 qui jugeaient nécessaire une étude randomisée pour répondre « définitivement » à la question du mode d'accouchement en cas de présentation du siège (20).

Il s'agit d'un essai randomisé multicentrique réalisé dans 121 centres de 26 pays entre janvier 1997 et avril 2000. 2088 patientes présentant une grossesse unique à 37 sa ou plus avec un fœtus en présentation du siège ont été attribuées au hasard soit au groupe de tentative voie basse soit au groupe de césarienne systématique. Les critères d'inclusion étaient l'absence de disproportion foeto-pelvienne apparente, un fœtus de moins de 4000g sans hyper extension de la tête ni pathologie contre indiquant la voie vaginale.

Le principal résultat de cette étude met en évidence qu'une politique de césarienne programmée est bénéfique pour le nouveau né en présentation du siège. La pratique de la césarienne systématique diminue la mortalité périnatale ou néonatale ou la morbidité néonatale sévère : 1,6% pour le groupe césarienne contre 5% pour le groupe voie basse, risque relatif de 0.33. Cette différence est encore plus significative dans les pays à faible taux de mortalité périnatale (pays « développés ») puisque 0,4% de mauvais états néonataux sont

retrouvés pour les césariennes programmées contre 5,7% pour les voies basses (RR=14.3 [3.4-50.0]).

Il n'y a pas de différence significative retrouvée à 3 mois au niveau de la morbidité maternelle.

Après les conclusions de Hannah « nous avons montré qu'une politique de césarienne programmée est substantiellement meilleur pour le fœtus en présentation du siège à terme »(3), et surtout celles de Lumley (24) « Toutes les caractéristiques donnent aux résultats de l'étude le potentiel pour une large généralisation de la prise en charge des femmes avec un fœtus en présentation du siège [...] La prochaine étape est la diffusion rapide des résultats actuels aux femmes enceintes, à leur famille et aux praticiens » la conduite à tenir semblait être dictée.

II 3 2. Controverses

Les discussions qui ont eu lieu suivant la publication de Hannah sont nombreuses. Certains auteurs ne remettent pas en cause la qualité méthodologique de l'étude, mais la population étudiée et les techniques obstétricales utilisées qui semblent éloignés des pratiques françaises (9). D'autres en revanche s'insurgent sur le manque de rigueur comme Glezerman (8), au final nous retenons cinq éléments éloignés des pratiques européennes:

- ✓ Une radiopelvimétrie est généralement recommandée, 9,8% des femmes du groupe voie basse en ont eu une.
- ✓ 68,7% des femmes ont bénéficié d'une échographie pour vérifier l'absence de déflexion de la tête fœtale.
- ✓ L'estimation du poids fœtal repose uniquement sur l'examen clinique dans 41% des cas (427 patientes sur 1042) dans le groupe des tentatives d'AVB.
- ✓ 14,9% des patientes du groupe appartenant à la voie basse ont été déclenchées.
- ✓ Moins de 40% des fœtus ont eu un enregistrement cardiaque en continu.

II 3 3. Impacts de Hannah

II 3 3 a. Dans les pratiques : augmentation du taux de césarienne

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le monde de l'obstétrique, en ce qui concerne la prise en charge du siège, était divisé en deux « écoles » : les adeptes de la voie basse et les non adeptes, l'essai a eu un tel écho, qu'à la suite de sa parution nous avons pu parler des « Hannah adeptes » et des « non Hannah adeptes » (6).

Dans un questionnaire de pratique les Britanniques, Thaïlandais, Espagnols et Autrichiens déclaraient ne plus planifier les sièges voie vaginale depuis la parution de Hannah, et sur 13 pays pratiquant les tentatives voie basse avant Hannah seuls 4 n'ont pas changé d'attitude 3 ans après (6).

Aux États-Unis cette publication ne fait que conforter des pratiques déjà communes par exemple, entre 1988 et 1991 à Los Angeles seuls 10,1% des 87 988 sièges recensés sont nés par voie basse.

Malgré les vives polémiques le rouleau compresseur Hannah est certainement pour une grande partie responsable du taux de césarienne croissant (7).

En France avant la parution de Hannah, le taux de césarienne avant le travail en cas de présentation du siège avoisinait les 40% selon le réseau Sentinelle AUDIPOG (21), chiffres comparables à ceux trouvés par M. Carayol et al (7). Suite à sa parution, en 2003, M. Carayol et al trouvent dans leur étude un taux de césariennes programmées avant le travail de 74,5% contre un taux de 51,4% pour les données AUDIPOG de la même année (7). Quand à l'étude PREMODA menée entre 2001 et 2002, elle montre un taux de césariennes avant le travail de 59,1% et un taux de césarienne programmée (césariennes programmées effectuées avant et durant le travail) est de 67,8% (13). Le taux de césarienne de principe pour siège atteint alors 44,3% et celui des césariennes de convenance 9,9%. En effet, outre l'influence sur les praticiens les résultats de Hannah, diffusés à travers les médias, ont engendré une augmentation des demandes de césariennes de convenance en cas de présentation du siège (25).

Si l'évolution des pratiques obstétricales en cas de présentation du siège peut être attribuée aux améliorations de la technique et à la nulliparité, comme critère d'exclusion de la

voie basse, jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, elle est en revanche imputable à la publication de Hannah et coll. après 2001 (7).

II 3 3 b. Dans les recommandations des collèges et associations professionnels : la tête la première sinon rien.

Différentes lignes de conduites officielles sont retrouvées après le TBT : elles vont de l'adhésion sans nuance au « tout césarienne » (attitude déjà bien amorcée dans certains pays) (19) à la réaffirmation d'une sélection consciencieuse des voies basses.

Les pays anglo-saxons, avec en tête de liste les États-Unis le Royaume-Uni et le Canada adoptent la première position en conseillant la VME et en cas d'échec la césarienne : « En conséquence des résultats de l'étude, l'accouchement programmée par voie vaginale d'un fœtus unique à terme en présentation du siège, n'est plus approprié [...] À terme, les patientes dont les fœtus ont une présentation du siège devraient bénéficier d'une césarienne programmée » (4) (5).

La seconde attitude est celle choisie par la France où le CNGOF reconnaît que « l'article de Hannah et coll. [...] fait effectivement partie des « nouvelles données pouvant être de nature à revoir l'affirmation de l'absence d'indication systématique de césarienne en cas de siège » », néanmoins il estime que les pratiques françaises sont éloignées de celles décrites dans l'études, ainsi les RPC de 2000 ne sont pas modifiées (26). La société française de médecine périnatale (SFMP) va dans le même sens et propose une pratique large de la VME (27).

II 3 4. Les publications du Term Breech Trial plus discrètes...

Dès le début de l'étude l'équipe du Term Breech Trial a sélectionné 85 centres pour suivre les enfants et les mères à moyens et long termes : le critère retenu pour « étudier » les 920 enfants, soit 44,06%, à deux ans était le décès ou le retard psychomoteur et au final aucune différence significative n'a été retrouvée entre le groupe des « tentatives de voie basse » et celui des « césariennes programmées » (respectivement 3.1% et 2,8%). Il est très intéressant de noter par ailleurs que parmi les 18 enfants ayant une « morbidité sévère » dans les 28 premiers jours de vie tous étaient en bonne santé à 2 ans (sauf un décès dû à une malformation congénitale) (11). Quand à la morbidité maternelle elle est similaire dans les deux groupes (12).

Glezerman en conclue que « Ils [les personnes qui ont désigné, initié et conduit le TBT] devraient maintenant assumer leur responsabilité et retirer la conclusion de leur essai » (8).

II 4.L'étude PREMODA

La publication de l'essai de Hannah et al a réalimenté le débat sur les sièges, mais les conditions des pratiques, insatisfaisantes pour nombres de praticiens ont amenées les praticiens du CNGOF et du Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique, ainsi que la SFMP à évaluer leurs pratiques vis-à-vis de ce mode de présentation (13).

L'objectif de cette étude est de décrire le devenir néonatal selon le mode d'accouchement planifié (tentative d'accouchement voie basse versus césarienne programmée) dans des pays où l'accouchement par voies naturelles en cas de présentation du siège est habituel. Cela sans modifier les pratiques obstétricales de chaque centre.

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle incluant 8105 femmes avec un fœtus unique en présentation du siège à terme dans 16 régions françaises, et en Belgique, soit 174 centres entre 2001 et 2002. Le groupe « césarienne programmée » représente 68.8% (5579 patientes) et ce taux varie d'une équipe à l'autre.

La principale mesure est la même que celle utilisée par le Term Breech Trial : la mortalité et la sévère morbidité néonatales.

Les résultats retrouvés sont bien éloignés de ceux de Hannah et al et il n'y a pas de différences significatives entre les deux modes d'accouchement ($p=0.51$). Le mauvais état néonatal comme défini dans l'étude Hannah est retrouvé dans 1,60% dans le groupe des tentatives d'AVB et 1,45% dans le groupe des césariennes programmées contre respectivement 5% et 1,6% dans le TBT. L'étude prospective permet la recherche des étiologies des décès néonataux et modifie l'interprétation des résultats, car parmi les 18 cas retrouvés, 17 sont associés à des maladies congénitales et le dernier est une mort subite du nourrisson.

Les auteurs concluent qu'ils n'ont pas retrouvé un « excès de risque » périnatal significatif lié à la tentative voie basse par rapport à la césarienne programmée, en précisant que cet « excès de risque » existe peut être.

II 5.Retour d'une attitude plus nuancée dans les recommandations

En 2006, l'ACOG (14) estime que le mode d'accouchement en cas de présentation du siège devrait dépendre de l'expérience ajoutant que « L'accouchement par voie vaginale d'un fœtus unique à terme en présentation du siège peut être raisonnable selon des protocoles hospitaliers ». Il conseille aussi la pratique de la VME. La même année les recommandations anglaises restrictives de 2001 sont aussi remplacées par une version soutenant la possibilité d'accouchements par voie basse après sélection (15).

En 2009, c'est la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada qui reconnaît que le TBT a révélé des faiblesses et que « ses résultats pourraient avoir été mal interprétés et avoir mené à des modifications prématurées de la pratique clinique » et réhabilite « l'essai de travail » en cas de présentation du siège(16).

Force est de constater, qu'aujourd'hui les deux modes d'accouchements en cas de présentation du siège sont défendables. C'est dans ce contexte, où les querelles partisans qui ont si longtemps accompagnées le débat du siège, semblent s'apaiser, et où la question de la prise en charge du siège peut être considérée comme libre que nous nous sommes intéressés aux pratiques des maternités du réseau AURORE.



I. Problématique.

Dix ans après l'étude randomisée très controversée du Term Breech Trial de M. Hannah *et coll.* six ans après l'étude de cohorte multicentrique Premoda, la prise en charge du siège à terme reste le sujet de discussions. À l'heure où les réseaux de périnatalité occupent une place importante dans l'organisation de la maternité, qu'en est-il au sein des maternités du réseau AURORE ?

I 1.Choix du réseau Aurore.

Le réseau AURORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Regional, est une association permettant la coopération de ses adhérents comme définie à l'article L.6321-1 du Code de la santé publique (cf. annexe VI). Il est organisé selon la convention constitutive du réseau du 10 février 2003 modifiée le 14 avril 2005 (cf. annexe VII). Le réseau AURORE regroupe un ensemble d'établissements publics, privés et PSPH de la région Rhône-Alpes, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de PMI. Il a géré 44 561 naissances en 2008.

L'évaluation des pratiques, des savoirs, la formation professionnelle comptent parmi ses objectifs, par conséquent, un état des lieux des prises en charge des sièges, dont la conduite à tenir reste encore ouverte, au sein de ce réseau nous a paru intéressant.

II. Objectifs de recherche.

Cette étude a pour but de décrire les politiques obstétricales des maternités du réseau Aurore concernant la gestion des sièges durant la grossesse et l'accouchement.

Définir la place de la VME.

Définir les critères d'acceptation de la voie basse.

Décrire les pratiques en salle de naissance.

Évaluer la place de la sage femme dans la prise en charge du siège.

III. Hypothèses.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, la VME diminue le nombre de présentation podalique à terme et par conséquent le nombre de césarienne (17) (28) (29) (30) (31), c'est pourquoi, elle doit être pratiquée de façon courante par les maternités du réseau Aurore.

L'acceptation de la tentative d'accouchement voie basse en cas de présentation du siège est soumise à des critères draconiens, plus nombreux que ceux édictés par le CNGOF et hétérogènes selon les équipes.

Plus les équipes ont de critères restrictifs, plus le taux d'accouchement par voies naturelles est faible.

Le taux d'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège est de plus en plus faible, ainsi, les sages-femmes ont peu l'occasion de les pratiquer.

IV. Matériel et méthode.

Il s'agit d'une étude rétrospective menée par courrier auprès des 28 maternités du réseau Aurore, dont seize maternités de niveau I, dix de niveau II et deux de niveau III. L'enquête (cf. annexe VIII) a été menée d'octobre 2009 à janvier 2010. Elle a été adressée par courrier aux chefs de service de gynécologie-obstétrique des maternités publiques et des PSPH ainsi qu'aux médecins référents du réseau Aurore des établissements privés.

IV 1.Élaboration du questionnaire.

Le questionnaire a été construit autour de cinq groupes de questions portant sur :

Des renseignements généraux d'organisation.

La VME.

Les critères cliniques et para cliniques d'acceptation de l'accouchement voie basse s'il n'y a pas de politique de césarienne systématique.

La décision du mode d'accouchement.

La gestion de l'accouchement.

Le questionnaire comprenait 138 questions pour décrire précisément la politique de prise en charge des sièges par les équipes. Parmi les questions il y avait des questions fermées à choix multiples avec quatre réponses possibles : « jamais », « parfois », « souvent », « systématiquement » et des questions ouvertes dont la dernière nommée « commentaires libres ».

IV 2.Considérations statistiques

Notre échantillon étant petit, lorsque le test du khi-deux ne peut s'appliquer nous utilisons le test exact de Fisher. Le seuil de significativité a été fixé à 0.05.

V. Interprétation des résultats

Pour caractériser une attitude de « consensuelle » nous avons utilisé la définition proposée par F. Venditelli et coll. (32). Ainsi une attitude obstétricale est définie comme « consensuelle » lorsque la réponse donnée à un item atteint 80% ou, dans certains cas lorsque deux réponses proches (« jamais » et « parfois » ou « souvent » et « systématiquement ») atteignent ce taux.

VI. Les résultats.

Sur les 28 maternités du réseau AURORE 20 ont répondu, soit un taux de réponses de 71.4%.

Parmi ces maternités il y a 11 niveau I, 7 niveau II et 2 niveau III.

14 maternités sont publiques, 4 PSPH (hôpitaux privés à but non lucratif participant au service public hospitalier) et 2 sont privées.

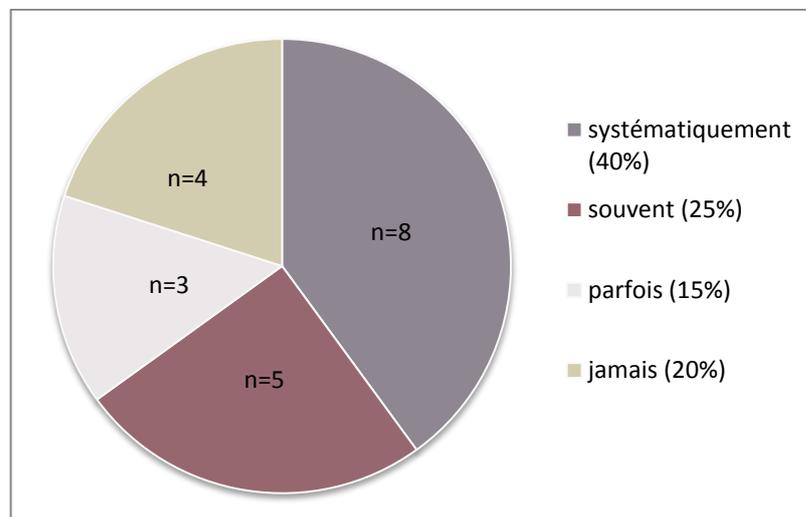
VII. Version du siège.

VII 1.La VME.

VII 1 1.Pratique de la VME

En cas d'absence de contre-indications absolues, à la suite de la découverte d'une présentation podalique après 32 sa, la VME est proposée dans 16 maternités sur les 20 interrogées (40%). Elle est une pratique régulière dans 13 maternités sur 20:

Graphique1 : Proposition de VME après découverte d'une présentation podalique à 32 sa en l'absence de contre-indications absolues (N=20).



➤ Il n'y a pas d'attitude consensuelle dans les maternités du réseau AURORE concernant l'utilisation de la VME en cas de présentation du siège, seules 8 équipes (40%) la proposent systématiquement.

Nous allons maintenant étudier les critères et conditions de pratiques de la VME dans les 16 équipes en réalisant.

VII 1 2. Terme de réalisation de la VME

Les VME sont pratiquées généralement avant 37 SA quelque soit la parité de la patiente.

En effet 11 équipes (68.75%) la réalisent « souvent » ou « systématiquement » avant 37SA chez une primipare, et 10 équipes (62.5%) chez une multipare. Une équipe nous dit la réaliser à 37SA (tous les résultats sont regroupés en annexe IX)

➤ Même si une majorité effectue la VME avant 37 SA, il n'y a pas de pratique consensuelle concernant le terme de la VME au sein des maternités de réseau AURORE.

VII 1 3. Technique et précautions

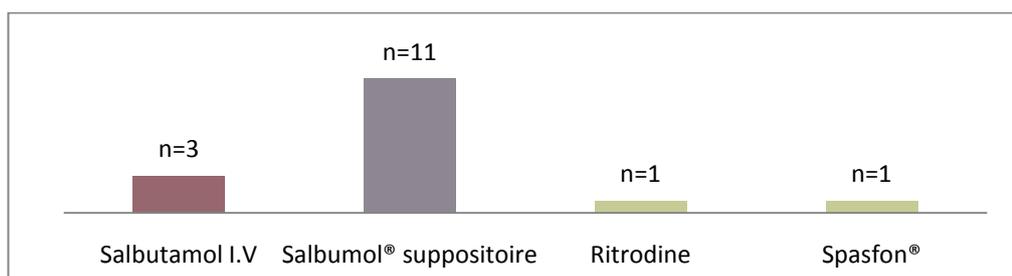
Dans 15 maternités sur 16 (93.75%) la VME se pratique « systématiquement » en salle de naissance (à proximité de la salle de césarienne). Seule une équipe (6.25%) n'a pas d'attitude homogène et les VME sont parfois pratiquées par certains praticiens en salle de naissance.

Elle est précédée « systématiquement » d'un examen clinique, d'une échographie et d'un ERCF dans 15 maternités (93.75%). La seule équipe qui effectue ses examens « parfois » est celle qui n'a pas d'attitude homogène sur la pratique de la VME.

Toutes les équipes faisant des VME se servent des tocolytiques. Leur emploi est répandu puisque qu'il est « systématique » pour 11 équipes (68.75%) et 4 équipes y ont recourt « souvent » (25%).

La majorité des maternités utilise des béta2-mimétiques, sous forme de Salbumol® suppositoire et de salbutamol I.V. Sur les 15 équipes pratiquant des VME 14 nous ont précisé le type de tocolytique utilisé, 2 de ses équipes en utilise plusieurs :

Graphique2 : Types de médicaments tocolytiques administrés lors d'une VME (N=14)



Enfin l'analgésie locorégionale est une pratique marginale puisqu'elle est « parfois » proposée par une seule équipe (6.25%).

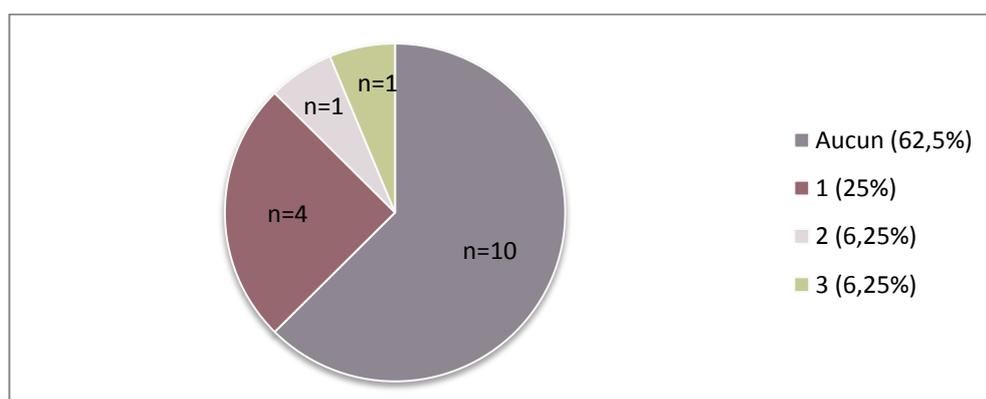
La moitié des équipes (n=8) procèdent « systématiquement » ou « souvent » à une visite de contrôle dans les 48h (ERCF, vérification de la présentation).

➤ Nous observons que les précautions prises lors de l'exécution de cette manœuvre sont homogènes au sein des maternités du réseau : elle est réalisée en salle de naissance (à proximité du bloc), précédée d'un examen et d'un ERCF, et effectuée sous tocolytique.

VII 1 4. Après échec

Dans la majorité des maternités, 10 équipes sur 16 (62.5%), un seul essai de VME est pratiqué :

Graphique3 : Nombre d'essais de VME après un échec (N=16).



Six équipes la renouvellent une tentative après échec. Il s'agit d'une pratique fréquente pour 5 d'entre elles, qui répondent le faire « souvent » ou « systématiquement ». La moitié l'exécute d'emblée après la première tentative et l'autre moitié préfère reconvoquer la patiente.

VI 1 5. Cas particuliers.

Certaines situations obstétricales peuvent représenter des contre-indications à l'exécution d'une VME, nous en avons répertorié cinq, dont deux uniquement atteignent le taux consensuel de 80% (l'ensemble des résultats se trouve en annexe IX).

Tout d'abord, l'utérus cicatriciel est nettement une contre-indication pour l'ensemble des équipes puisque 13 équipes (81.25%) ne font « jamais » cette manœuvre dans ce cas et 3 équipes (18.75%) l'effectuent « parfois ».

L'insuffisance de liquide amniotique (ILA entre 5 et 7 cm) apparaît aussi pour la majorité comme un facteur restrictif de la VME. Dans 13 équipes (81.25%) elle est alors pratiquée « jamais » ou « parfois » dans cette situation.

La localisation antérieure du placenta, quand à elle, représente un critère de refus pour 10 maternités (62.5%).

Ensuite 10 équipes considèrent le RCIU modéré comme une contre-indication à la VME. Ces équipes refusent alors d'effectuer cette manœuvre ou le proposent seulement « parfois ».

Enfin la grande multiparité n'est considérée par aucune équipe comme une contre-indication stricte puisque la majorité (73.3%) accepte une tentative de VME « souvent » ou « systématiquement ».

➤ L'utérus cicatriciel et l'insuffisance de LA sont considérés de façon consensuelle comme des contre-indications à la VME. La localisation antérieure du placenta et le RCIU représentent un critère d'exclusion pour une plus faible majorité des équipes. La grande multiparité quand à elle n'est pas un élément d'exclusion.

VII 2. Autres techniques de version

En dehors de la version par manœuvre externe, il existe d'autres techniques de version dites « naturelles ». Ces techniques sont utilisées dans 10 maternités (62.5%) à la suite du diagnostic d'une présentation du siège après 32 sa. Dans ces 10 maternités, 9 proposent « systématiquement » ou « souvent » une VME.

Nous remarquons que les équipes qui proposent ces méthodes les utilisent avec une fréquence variable. Une seule équipe (10%) emploie des méthodes naturelles « systématiquement » et 5 s'en servent « souvent ».

Dans les 9 maternités proposant la VME et des méthodes « naturelles », ces dernières sont plus utilisées pour favoriser la version dès le diagnostic de présentation du siège après 32 sa, qu'après un échec de VME (8 équipes (88.9%), dont 5 « systématiquement » ou « souvent »).

Différentes méthodes peuvent être utilisées et 6 équipes (60%) en offrent plusieurs. Les techniques les plus suggérées sont : l'acupuncture, conseillée par 8 équipes, et les méthodes posturales proposées par 7 équipes. Seules 2 équipes évoquent l'ostéopathie, et une l'haptonomie.

➤ Les méthodes « naturelles » favorisant la version spontanée du siège sont peu utilisées au sein du réseau AURE. Les méthodes les plus employées sont l'acupuncture et les méthodes posturales.

VII 3. Apprentissage de la VME

Tout d'abord, nous devons préciser que sur les 20 centres nous ayant répondu, seuls 6 accueillent des internes d'obstétrique et gynécologie. Nous remarquons que les internes ont peu l'occasion de s'exercer à cette manœuvre quelque soit le niveau de la maternité, puisqu'elles ne sont « jamais » faites par eux dans 3 maternités (50%) et réalisées « parfois » dans 2 maternités (33.3%).

Après avoir étudié la VME, étudions maintenant les modes d'accouchement, des singletons uniques à terme en présentation podalique.

VIII. Choix du mode d'accouchement devant une présentation du siège à terme.

En premier lieu, nous constatons que la majorité des 20 équipes interrogées ne pratique pas de césarienne de façon systématique devant une présentation du siège. Trois équipes (15%) ont une politique de césarienne systématique. Il est à noter qu'une équipe a répondu ne pas prendre en charge les femmes dont le fœtus est en siège, orientant la patiente vers une maternité de niveau supérieur.

Le niveau de la maternité n'influence pas la politique de césarienne systématique ($p=0.73$) contrairement à la taille de la maternité ($p=0.021$). Les politiques de césarienne systématique se retrouvent plus dans les maternités de moins de 1000 accouchements.

Au sein des maternités du réseau AURORE interrogées, pour l'année 2008, le taux d'AVB du siège varie de 0% à 42.31%. Il est en moyenne de 12.88%.

Les résultats suivants concernent les équipes ne pratiquant pas de césarienne systématique, soit 16 maternités sur les 20 ayant répondu (80%).

VIII 1.L'accord de la patiente

Parmi les 16 maternités acceptant les tentatives de voie basse en cas de présentation du siège, 14 (87.5%) demandent le consentement de la patiente pour la décision du mode d'accouchement. Une équipe (6.25%) l'effectue parfois et une n'a pas répondu à cette question.

- L'accord de la patiente est demandé systématiquement.

Les équipes qui autorisent la voie vaginale en cas de présentation du siège ont des critères d'acceptation que nous allons détailler.

VIII 2.Examens pratiqués.

La décision du mode d'accouchement est soumise à des critères, développés plus loin, qui nécessitent la réalisation d'explorations préalables.

Parmi ces examens nous remarquons que toutes les équipes s'accordent sur la nécessité de réaliser une pelvimétrie, une estimation du poids fœtal par échographie ainsi qu'une biométrie céphalique, pratiqués tous « systématiquement » ou « souvent ».

Une seule équipe (6.25%) recherche seulement « parfois » une déflexion de la tête fœtale.

Tableau2 : Examens pratiqués en cas de présentation du siège

	Nombre de réponses N=16	Jamais n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Systématiquement n (%)
Radiopelvimétrie	15	0	0	1 (6.7)	14 (93.3)
Estimation échographique du poids fœtal	16	0	0	1(6.25)	15 (93.75)
Estimation clinique du poids fœtal	15	6 (40)	2 (13.3)	1 (6.7)	6 (40)
Biométrie céphalique	15	0	0	1 (6.7)	14 (93.3)
Recherche de déflexion de la tête	16	0	1 (6.25)	1 (6.25)	14 (87.5)
Recherche de déflexion de la tête fœtale par un contenu utérin	16	8 (50)	4 (25)	1 (6.25)	3 (18.75)
Recherche de déflexion de la tête fœtale par l'échographie	16	1 (6.25)	1 (6.25)	0	14 (87.5)

➤ Les maternités du réseau ont une attitude consensuelle concernant les examens pratiqués en cas de présentation du siège.

Ces recherches complémentaires permettent l'évaluation du premier critère, qu'est la confrontation foeto-pelvienne.

VIII 3.Confrontation foeto-pelvienne.

Deux éléments sont pris en compte dans la confrontation foeto-pelvienne : les dimensions maternelles et les dimensions fœtales.

VIII 3 1.Dimensions pelviennes.

En cas de radiopelvimétrie ou pelviscanner, nous avons interrogé les maternités sur 4 valeurs : celle du diamètre promonto rétro pubien (PRP), celle du transverse médian (TM), celle du bi-sciatique et enfin celle de l'indice de Magnin qui est la somme du PRP et du TM.

Les valeurs seuils retenues pour l'acceptation de la voie basse ne sont pas influencées par la parité, sauf celles du TM où une légère différence entre les valeurs admises pour les primipares et les multipares est retrouvée pour une équipe (non significative p=1).

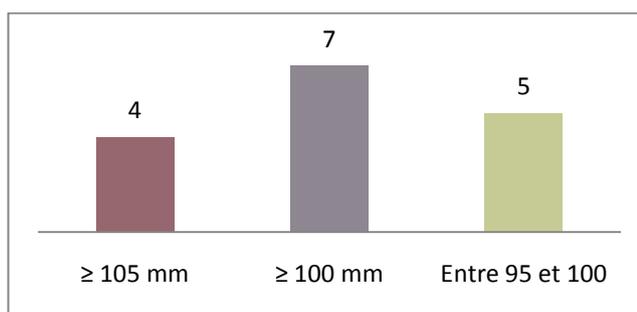
En ce qui concerne le diamètre PRP, quelque soit la parité, la majorité des équipes, soit 13 maternités (81.25%), estime qu'il doit être supérieur ou égal à 105mm.

Pour le TM, une plus faible majorité fixe la norme à 125 mm : 11 équipes pour les primipares (68.75%) et 10 pour les multipares (62.5%), en effet une équipe du réseau admet un TM plus faible pour la multipare que pour la primipare. La valeur citée par les autres équipes est une norme de 120mm.

Les équipes du réseau ne s'accordent pas sur la valeur du bi-sciatique : pour moins de la moitié seulement, 7 équipes, soit 43.75%, il doit être supérieur ou égal à 100mm :

Graphique4 : Seuils du Bi-sciatique chez les primipares et multipares dans les maternités du réseau AURORE

(N=16)



Enfin, pour l'indice de Magnin : 12 équipes (75%) exigent que sa valeur minimale soit de 230 mm. Deux équipes (12.5%) n'ont pas répondu à cet item. On peut émettre l'hypothèse qu'il n'est pas utilisé dans ces maternités pour évaluer le bassin maternel. Les autres valeurs retenues sont 210 mm et 225 mm dans les 2 autres maternités. Nous remarquons que pour la maternité tolérant un TM inférieur chez les multipares par rapport à la primipare (120 mm contre 125 mm), l'indice de Magnin, lui, ne varie pas.

➤ Seule la norme de 105 mm pour le PRP atteint le seuil consensuel de 80% au sein des équipes du réseau. Les autres valeurs majoritaires concernant le bassin maternel sont 125 mm pour le TM, 100 mm pour bi-sciatique et 230mm pour l'indice de Magnin mais les résultats ne sont pas uniformes.

VIII 3 2. Dimensions fœtales.

Contrairement aux dimensions maternelles, les attitudes concernant les critères fœtaux diffèrent légèrement selon la parité. Avant de décrire les attitudes selon les deux critères choisis (poids fœtal estimé et BIP), nous devons noter qu'une majorité de maternités, constituée par 13 équipes (81.25%), n'accorde pas la voie basse en cas de macrosomie (fœtus supérieur au 90^ep pour l'âge gestationnel).

Premièrement, les maternités considèrent en général que le poids fœtal estimé maximum pour l'acceptation de la voie basse est 3800g. Une différence (statistiquement non significative $p= 0.33$) selon la parité est faite puisque 15 équipes (93.75%) admettent ce seuil pour les primipares contre 12 (75%) pour les multipares. Un quart des équipes (4) accorde une valeur limite de 4000g pour les multipares.

La valeur maximale du BIP est moins homogène que le PFE. Plus de la moitié des équipes s'accorde pour mettre son seuil à 98 mm : 11 équipes (68.75%) considèrent cette valeur comme étant la norme chez les multipares et 10 (62.5%) chez les primipares (totalité des résultats en annexe IX).

➤ Si la macrosomie est un critère consensuel d'exclusion de tentative de voie basse, il n'y a pas d'homogénéité quand à la définition de cette macrosomie. De façon homogène, les équipes du réseau estiment un PFE maximal de 3800g chez une primipare mais il n'y a pas de consensus quand au BIP, même si une majorité considère qu'il doit être inférieur ou égal à 98mm, et au PFE chez la multipare.

VIII 3 3. Autres éléments décisionnels

L'acceptation de l'AVB est soumise à d'autres critères que la confrontation céphalo-pelvienne. Nous avons interrogé les maternités du réseau AURORE sur huit situations.

En premier lieu, l'utérus cicatriciel est un facteur de refus d'accouchement voie basse pour la grande majorité des équipes. En effet 14 équipes (87.5%) refusent l'AVB dans ce cas.

Toutes les équipes considèrent qu'un antécédent de déchirure périnéale du 3^e degré est un argument pour refuser la voie vaginale, il l'est « systématiquement » pour 8 équipes (53.3%).

Le RCIU apparaît comme un critère restrictif pour 14 équipes qui n'accordent alors « jamais » ou « parfois » l'AVB.

La primiparité est aussi un facteur restrictif, mais dans une moindre mesure puisque 10 maternités (62.5%) des équipes n'acceptent jamais ou seulement « parfois » la voie basse chez une primipare.

La RSM apparaît pour 12 équipes (75%) comme un critère de césarienne.

En revanche, les avis sont plus partagés quand à la présentation en siège complet. Effectivement, la moitié des équipes n'acceptent « jamais » ou « parfois » la voie basse en cas de siège complet et l'autre moitié l'accepte « souvent » ou « systématiquement ».

Tableau 3: Critères restrictifs pour l'acceptation de la voie basse

	Nombre de réponse N=16	Jamais n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Systématiquement n (%)
Primiparité	16	4 (25)	6 (37.5)	4 (25)	2 (12.5)
Utérus uni cicatriciel	16	14 (87.5)	1 (6.25)	1 (6.25)	0
Siège complet	15	6 (40)	2 (13.3)	5 (33.3)	2 (13.3)
RCIU	16	7 (43.75)	7 (43.75)	3 (18.75)	0
RSM	16	3 (18.75)	9 (56.25)	3 (18.75)	1 (6.25)
Antécédent de déchirure périnéale du 3° degré	15	8 (53.3)	7 (46.7)		

Nous avons soumis deux autres situations aux maternités du réseau AURORE : l'âge de la primipare et l'IMC.

L'âge de la primipare est un élément influençant le choix du mode d'accouchement dans 10 maternités (62.5%), notamment lorsque cette dernière est âgée. C'est en effet dans ce cas que l'AVB n'est « jamais » ou seulement « parfois » accepté par ces 10 équipes. Nous

avons fixé l'âge théorique de 35 ans pour qualifier la primipare « âgée », une maternité a précisé que son seuil était de 42 ans une autre de 38 ans.

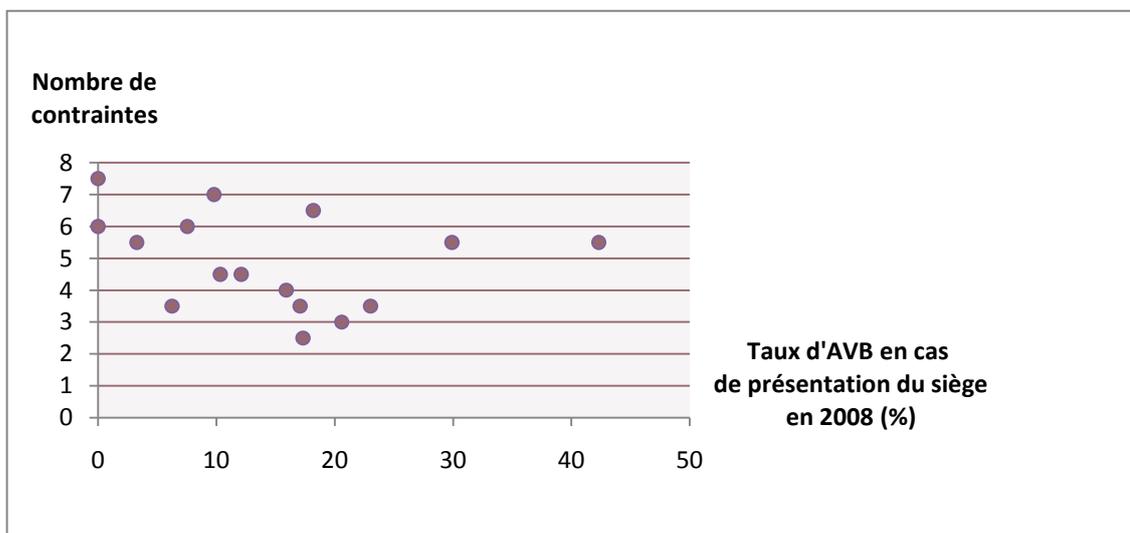
Enfin, le dernier critère proposé est l'IMC, qui à une certaine influence pour 12 maternités (75%), en l'occurrence l'obésité sévère (IMC entre 35 et 40) qui engendre un refus ou seulement « parfois » une acceptation.

➤ L'utérus cicatriciel, l'antécédent de déchirure du 3^e degré et le RCIU sont des contre indications consensuelles au sein du réseau AURORE. Pour une majorité la primiparité, la RSM, l'âge avancé de la primipare et l'obésité sévère peuvent aussi être une indication de césarienne cette majorité n'atteint pas 80%.

Pour évaluer l'incidence de ces 8 critères sur le taux de césarienne nous avons récapitulé, le nombre total de contraintes pour chaque hôpital. Un point a été attribué lorsqu'une situation engendre un refus d'AVB et ½ lorsqu'elle permet que « parfois » l'AVB. Le tableau récapitulatif se trouve en annexe IX et nous avons comparé le nombre de ces contraintes en fonction du taux d'AVB des sièges en 2008 pour chaque hôpital.

Nous nous apercevons, au final, qu'il n'y a pas de liens entre les contraintes et les taux d'AVB (p=1) :

Graphique5 : Taux d'AVB en cas de présentation du siège en 2008 dans les 16 maternités du réseau AURORE ne pratiquant pas de césarienne systématique, en fonction de leur nombre de contrainte.



Maintenant que nous avons étudié la sélection des patientes pour les tentatives d'accouchements par voie basse, penchons nous à présent sur la gestion du travail et de l'accouchement de ces patientes.

IX. Gestion de l'accouchement en cas d'acceptation de la voie basse.

Nous verrons dans cette partie, l'entrée en travail, le cas particulier du déclenchement du siège, le travail et l'accouchement du siège.

IX 1.L'entrée en travail.

Lors de l'entrée en travail d'une patiente dont le fœtus est en présentation du siège et pour laquelle la voie basse a été acceptée, la vérification du mode de présentation par échographie est réalisée de manière « systématique » dans 13 maternités (81.25%).

Une échographie biométrique est quant à elle réalisée « systématiquement » dans 12 maternités (75%).

De plus, 5 équipes (31.25%) précisent réaliser d'autres examens : pour quatre d'entre elles il s'agit d'une recherche de déflexion de la tête, d'une recherche de circulaire pour une et d'appréciation des conditions locales pour une autre.

L'obstétricien et l'interne d'obstétrique sont alors prévenus « systématiquement » dans toutes les maternités, l'anesthésiste et le pédiatre quand à eux, sont prévenus « systématiquement » par la sage-femme dans 13 des maternités (81.25%) et « jamais » dans 2 (12.5%).

➤ La vérification de la présentation est effectuée systématiquement et toute l'équipe obstétricale, obstétricien, anesthésiste, pédiatre, est prévenue lors de l'entrée en travail d'un siège au sein des maternités du réseau AURORE.

IX 2.Déclenchement du travail.

Dans notre enquête, un peu plus de la moitié des équipes, 9, soit 56.25%, accepte « parfois » un déclenchement du travail en cas de présentation du siège à terme, les 7 autres équipes (43.75%) ne l'accordent jamais. Deux tiers de ces maternités accordent un déclenchement sous conditions supplémentaires, dont des conditions locales très favorables (4 équipes), la multiparité (2 équipes), l'absence d'anomalies du LA et du RCF (une équipe).

Nous observons que la rupture spontanée des membranes en dehors du travail constitue un cas particulier puisque parmi les équipes n'acceptant pas le déclenchement en cas de

présentation du siège, 2 l'autorisent dans ce cadre tandis qu'une des équipes acceptant « parfois » un déclenchement en cas de présentation du siège le refuse en cas de RSM.

Sur les 11 maternités pouvant être amenées à accepter un déclenchement, 10 ont précisé le mode de déclenchement utilisé. Il s'agit le plus souvent d'un déclenchement au Syntocinon®, effectué « souvent » par 4 maternités (40%) et « parfois » par 5 (50%). Le Propess® et le gel de Prostine®E2 étant les méthodes les moins fréquentes, 2 équipes répondent se servir « souvent » ou « systématiquement » de la première méthode et 2 autres « parfois » de la seconde.

➤ Le déclenchement en cas de présentation du siège est une attitude peu fréquente et non uniforme.

IX 3.Travail du siège.

Tout d'abord, la gestion du travail lors d'une présentation du siège est la plupart du temps un travail d'équipe. Dans 14 maternités (87.5%) la sage femme de garde prend en charge de façon « systématique » le travail, mais, dans 10 maternités (71.4%) elle est accompagnée « souvent » ou « systématiquement » de l'obstétricien de garde. Seule dans une maternité (6.25%) la sage femme de garde ne gère « jamais » le travail en cas de présentation par le siège.

Lors du travail du siège la surveillance du RCF se fait systématiquement en continu dans toutes les maternités.

D'autre part nous observons qu'une grande majorité des équipes, 15, soit 93.75%, incite les patientes à accepter la pose de l'APD, 11 équipes (68.75%) le font « systématiquement » et 4 (25%) « souvent ».

La rupture tardive des membranes est effectuée « systématiquement » par 11 équipes (68.75%) et « souvent » par 3 (18.75%).

Enfin la direction du travail par Syntocinon® est courante dans 14 équipes nous ayant répondu (87.5%). 5 équipes (31.25%) effectuent une prise en charge active de cette façon « systématiquement ».

➤ Le suivi du travail du siège est de façon consensuelle un travail d'équipe, avec une prise en charge active du travail sous Syntocinon®, souvent sous APD et automatiquement sous ERCF continu.

Regardons à présent les indications de césarienne en cours de travail, qui peuvent être spécifiques du travail du siège.

IX 3 1. Indication de césarienne en cours de travail.

Nous avons étudié deux situations particulières au travail du siège (en dehors de toutes anomalies du RCF ou de pathologies associées) : la stagnation, puisqu'il est classique d'exiger du travail en cas de présentation podalique qu'il soit « brillant », et la procidence du cordon qui est favorisée par cette présentation.

La plupart des équipes interrogées tolère une stagnation de la dilation d'une heure malgré correction de la dynamique utérine par ocytocique, cette situation engendre une césarienne systématique dans 3 équipes (18.75%), et 6 (37.5%) indiquent que c'est « souvent » une indication de césarienne. En revanche une stagnation de 2 heures est une indication fréquente de césarienne pour 15 équipes (93.75%), dont une indication « systématique » pour 11 maternités (68.75%).

Toutes les maternités s'accordent pour qualifier la procidence du cordon en cours de travail d'indication « systématique » de césarienne.

Les attitudes varient un peu en ce qui concerne la procidence du cordon à dilatation complète même si les équipes ont tendance à considérer cet évènement comme une contre-indication à la poursuite de l'accouchement. C'est le cas de 12 équipes (75%) parmi lesquelles 4 (25%) pensent que la procidence à dilatation complète est « systématiquement » une indication de césarienne, et 8 (50%) « souvent ».

➤ En conclusion, l'attitude au sein des maternités concernant le travail du siège est uniforme : pour beaucoup le travail « brillant » se caractérise par une absence de stagnation de plus de deux heures. Quant à la procidence du cordon, elle est une indication stricte de césarienne lors du travail.

Après la gestion du travail, nous allons examiner l'accouchement du siège.

IX 4. L'accouchement du siège.

Premièrement, précisons que seule une équipe (6.25%) pratique l'accouchement du siège au bloc césarienne de façon « systématique » et une autre « souvent ».

Quinze équipes sur les 16 (93.75%) ont « systématiquement » les forceps à portée de main.

L'anesthésiste est présent « systématiquement » lors de l'accouchement en cas de présentation du siège dans 14 maternités (87.5%), à l'instar du pédiatre.

IX 4 1. Praticien effectuant l'accouchement.

Dans 15 maternités (93.75%) l'obstétricien pratique « systématiquement » l'accouchement, une seule maternité nous a répondu qu'il l'effectuait « souvent ».

La moitié des maternités interrogées a aussi répondu que l'accouchement est dirigé « systématiquement » (5 maternités, soit 31.25%) ou « souvent » (3 maternités, soit 18.75%) par la sage-femme. On en conclut que l'accouchement du siège, à l'image du suivi du travail, est dirigé en équipe.

La place est rarement donnée aux étudiants. Sur les 6 maternités accueillant des internes de spécialité, un tiers (2 équipes) les laissent pratiquer « systématiquement » et une équipe « souvent ». Quand aux étudiants sages-femmes, sur les 8 maternités répondant à cet item, 6, soit 75% ne les laissent jamais diriger l'accouchement en cas de présentation du siège.

➤ Pour toutes les maternités du réseau AURORE ayant répondu, l'accouchement du siège est une prérogative de l'obstétricien. Dans la moitié la sage-femme codirige l'accouchement régulièrement.

➤ La moitié des maternités accueillant des internes de spécialité laissent ces derniers pratiquer régulièrement l'accouchement. Les étudiants sages-femmes, quand à eux ont pas ou très rarement l'opportunité de s'exercer.

IX 4 2. Déroulement de l'accouchement.

Dans les gestes fréquents durant l'accouchement, l'épisiotomie est pratiquée « systématiquement » ou « souvent » par 13 équipes, soit 81.25%. Quant à la délivrance dirigée elle est utilisée par 100% des répondants.

L'aide à l'expulsion est courante pour la majorité des équipes. Quinze équipes sur 16 (93.75%) la réalisent « souvent » ou « systématiquement ». Nous observons que les manœuvres de Lovset et de Bracht effectuées l'une après l'autre sont les plus utilisées: 11 équipes (68.75%) les exécutent « souvent » ou « systématiquement » dont 2 (12.5%) « systématiquement » (les résultats sont consignés en annexe IX).

- La majorité des équipes pratique une aide à l'extraction.

IX 4 3. Terme de la césarienne programmée.

Dix-sept équipes ont indiqué le terme de la programmation de la césarienne, qui a lieu entre 38 et 39 SA. Elle est organisée à 38 SA par 7 équipes (41.2%), à 39 SA par 7 autres et 38 SA ½ par les 3 dernières (17.6%).

Après avoir étudié les critères cliniques et paracliniques d'acceptation de la voie vaginale en cas de présentation du siège à terme, nous allons aborder maintenant les circonstances de décision du professionnel et le consentement de la patiente.

X. Décision du mode d'accouchement.

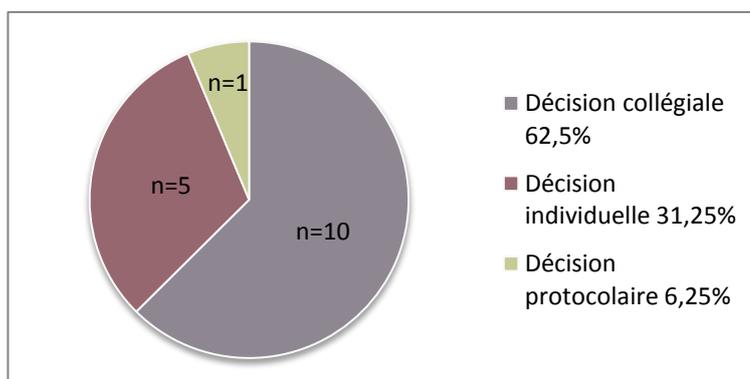
X 1. Décision du professionnel

Tout d'abord seules 5 maternités (26.3%), parmi les 19 prenant en charge des présentations du siège interrogées, disposent de protocole pour la décision du mode d'accouchement en cas de présentation du siège.

Nous nous intéressons maintenant plus particulièrement aux seize maternités proposant des AVB. Dans ces dernières, la décision du mode d'accouchement est en majorité une décision collégiale prise lors de staff d'obstétrique (cf. graphique 6).

Une des maternités où la décision du mode d'accouchement n'est pas une décision collégiale, nous a précisé que l'obstétricien de garde est libre de réfuter la voie basse initialement acceptée.

Graphique6 : Prise de décision du mode d'accouchement en présentation du siège.



X 2. Consentement de la patiente

Le consentement de la patiente est un élément important dans le choix du mode d'accouchement. Ainsi, quelque soit la politique de la maternité, il est demandé « systématiquement » par 15 équipes (88.2%), tandis que 2 (11.8%) ne le demandent que « parfois ».

Peu d'équipes conservent un accord écrit de la patiente dans le dossier toutes politiques confondues : 7 (43.75%) cas de refus d'AVB et 5 (31.25%) en cas d'acceptation d'AVB le font « systématiquement ».



I. Limites de l'étude.

Tout d'abord, même s'il est conforme aux participations des enquêtes postales (entre 50 et 60%) (36) le taux de participation à notre enquête est faible puisque 20 maternités ont répondu sur les 28 du réseau AURORE, soit 71.4%. Il s'agit d'un réseau régional, ainsi nous nous attendions à une participation plus importante, comparable à celle de l'enquête sur la présentation du siège de 2002 de F. Venditelli et Coll. qui avait atteint 85% (32).

Il est indéniable que la réponse à une enquête de pratique n'est pas le reflet parfait de la réalité. Il existe forcément un écart plus ou moins grand entre l'attitude que l'on pense adopter lors d'une situation théorique, et celle observée en situation pratique. De plus d'autres facteurs sont souvent en jeu et ne sont pas toujours pris en compte dans un questionnaire. Comme le remarquent à juste titre F. Venditelli et coll. (32) « Il est possible que les résultats aient été différents si on avait réalisé une enquête avec les mêmes situations cliniques mais à partir de dossiers cliniques ».

Ensuite la population étudiée est composée des équipes obstétricales. Nous nous sommes intéressés aux « politiques » des maternités du réseau AURORE, ce qui sous-entend un accord préalable entre les praticiens d'une même équipe concernant la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme. Cette particularité peut expliquer un certain nombre de non-réponses, bien que cette absence de consensus nous ait été précisée par un service, qui a tout de même répondu à notre questionnaire.

Cette enquête concerne les politiques générales des équipes, aussi a-t-elle été adressée à un praticien de l'équipe. Elle a été envoyée aux chefs de service de gynécologie-obstétrique des maternités publiques et des PSPH en disposant, et aux médecins référents du réseau AURORE pour les équipes sans chefs de service. L'enquête a ensuite pu être remplie par le médecin à qui elle a été adressée, ou tout autre membre de l'équipe. Le fait que les maternités ne reçoivent qu'une enquête pour l'équipe, ne permet pas la description de variations individuelles. Comme nous l'a fait remarquer un interrogé, ces dernières sont inévitablement retrouvées au sein d'une équipe de médecins aux formations et expériences différentes. Néanmoins quatre répondants nous ont indiqué les situations dans lesquelles les attitudes n'étaient pas homogènes et nous avons pu en tenir compte pour nos résultats.

D'autre part il s'agit d'une enquête écrite et l'interprétation des questions peut varier selon les individus. De ce fait, la question concernant la demande du consentement de la patiente a pu être comprise comme une demande écrite de consentement, alors qu'il s'agissait de la participation de la patiente au choix du mode d'accouchement. Cela explique peut être que 2 équipes n'aient pas répondu.

Enfin, pour pouvoir comparer les politiques des maternités et leurs mises en pratique nous avons obtenu grâce au réseau AURORE (avec l'accord des participants) les taux d'accouchements voie basse et haute en cas de présentation du siège. Nous n'avons pas pu obtenir ce taux pour les sièges à terme, ni pour les décisions initiales (tentative voie basse et césarienne programmée). Or la prématurité est un facteur favorisant la présentation podalique, ainsi, le taux de césarienne pour siège peut être surestimé.

Ce questionnaire, certes long, a l'avantage de pouvoir décrire assez précisément les pratiques vis-à-vis de la présentation du siège, de la découverte à l'accouchement. L'utilisation des adverbes « jamais » « parfois » « souvent » et « systématiquement » permet une analyse plus fine des réponses.

Malgré les réserves énoncées précédemment ce travail met en évidence certains résultats correspondant à nos objectifs que nous allons détailler.

II. Description des pratiques obstétricales.

Parmi les 20 maternités nous ayant répondu, 3 (15%) ont une politique de césarienne systématique en cas de présentation du siège. Ce taux est plus important que celui retrouvé par F. Venditelli et coll., qui est de 2.7% (32). Le facteur influençant une politique de césarienne pour siège semble être un taux de naissance inférieur à 1000 par an ($p=0.0144$). Nous observons que, dans les maternités pratiquant une politique de césarienne systématique, les gardes de nuit des obstétriciens s'effectuent à domicile, et qu'il s'agit de maternités de niveau 1 mais ce n'est pas statistiquement significatif.

➤ Les « petites maternités » ne tentent-elles plus les accouchements voie basse en cas de présentation du siège, par crainte de ne pas fournir une sécurité suffisante ?

II 1. Une tentative d'accouchement voie basse, sous quels critères ?

Nous avons pu définir les critères d'acceptation de la voie vaginale en cas de présentation du siège à terme au sein des seize maternités du réseau AURORE qui acceptent des tentatives d'AVB. Cette sélection est cruciale comme nous avons pu le voir dans la première partie. En effet l'étude du Term Breech Trial (3) a indirectement démontré qu'une sélection non rigoureuse des femmes candidates à la voie basse en cas de présentation du siège engendrait de mauvais résultats néonataux (8). Il est important de continuer d'évaluer nos pratiques pour déterminer les facteurs pouvant engendrer une morbidité néonatale plus élevée. Ce n'était pas le but de notre travail, puisque nous nous sommes attachés à décrire les habitudes obstétricales des centres du réseau AURORE. En 2002, une étude multicentrique française a été publiée concernant 149 maternités du réseau AUDIPOG et 1822 présentations du siège comparant les attitudes obstétricales et les résultats néonataux. Cette étude a permis de repérer une attitude « consensuelle et homogène » adoptée par 63 maternités (42.3% des maternités participantes). Les auteurs ont montré un taux de complications néonatales sévères (décès per ou post-partum ou transfert du nouveau-né en réanimation néonatale ou chirurgie) moindre dans les maternités aux attitudes consensuelles ($OR=0.27$ [IC 95% :0.09-0.85]) (32).

➤ La comparaison des attitudes des 16 maternités du réseau AURORE accordant des tentatives d'AVB, à celles des maternités du groupe « consensuel » mis en évidence par F. Venditelli et coll. révèle que ces deux groupes ont adopté des pratiques obstétricales similaires.

Tableau 4: Critères d'acceptation de l'AVB en cas de présentation du siège à terme: description des attitudes des maternités du réseau AURORE et comparaison avec le groupe « consensuel » du réseau

Attitudes obstétricales		N=16	Fréquence n (%) Réseau AURORE	Fréquence % Réseau AUDIPOG
Consentement de la patiente	Systématiquement	n=16	14 (87.5)	83
Radiopelvimétrie	Systématiquement ou souvent	n=15	15 (100)	100
<i>Dimensions maternelles retenues</i>				
	<i>PRP ≥ 105mm</i>	<i>n=16</i>	<i>13 (81.5)</i>	
	<i>TM ≥ 125 mm</i>	<i>n=16</i>	<i>10 à 11 (62.5 à 68.75)¹</i>	
	<i>Magnin ≥ 230 mm</i>	<i>n=16</i>	<i>12 (75)</i>	
Estimation échographique du poids fœtal	Systématiquement ou souvent	n=16	16 (100)	100
<i>Dimensions fœtales retenues</i>				
	<i>EPF ≤ 3800g</i>	<i>n=16</i>	<i>12 à 15 (75 à 93.75)¹</i>	
	<i>BIP ≤ 98 mm</i>	<i>n=16</i>	<i>10 à 11 (62.5 à 68.75)¹</i>	
Recherche d'une déflexion de la tête fœtale	Systématiquement ou souvent	n=16	16 (100)	100
Acceptation de l'AVB en cas d'utérus cicatriciel	Jamais ou parfois	n=16	15 (93.75)	100
Acceptation d'AVB en cas d'antécédent de déchirure périnéale (3°degré)	Jamais ou parfois	n=15	15 (100)	NR
Acceptation de l'AVB en cas de RCIU	Jamais ou parfois	n=16	14 (87.5)	90
Acceptation de l'AVB en cas de RPM	Parfois ou jamais	n=16	12 (75)	79
Acceptation de l'AVB en cas de primiparité	Parfois ou jamais	n=16	10 (62.5)	NR
Acceptation de l'AVB en cas de primipare âgée ²	Parfois ou jamais	n=16	10 (62.5)	NR
Acceptation de l'AVB en cas d'IMC entre 35 et 40	Parfois	n=16	12 (75)	NR

¹Selon la parité

²Selon les centres la définition de la primipare âgée varie de 35 à 42 ans

Comme nous en avons émis l'hypothèse, l'acceptation d'une tentative d'accouchement par voie basse est soumise à des critères plus nombreux que ceux édictés par le CNGOF et énoncés en première partie.

II 1 1. Critères de la confrontation fœto-pelvienne.

Parmi les critères optimaux définis par le CNGOF pour l'acceptation de la voie basse en cas de présentation par le siège, nous retrouvons « une radiopelvimétrie normale » et « une estimation fœtale entre 2500 et 3800 grammes » dans le but d'éliminer une disproportion foetopelvienne. Force est de constater qu'il n'y a pas de définition de « bassin normal », d'ailleurs dans notre étude, comme dans celle de F. Venditelli et coll. (32) nous remarquons des différences concernant le seuil de normalité.

L'étude du bassin osseux maternel se fait quasi systématiquement par la réalisation d'une radiopelvimétrie : 14 équipes sur 15 (93.3%) la pratiquent « systématiquement » et le reste « souvent », ce qui est semblable à la pratique des maternités du réseau AUDIPOG. L'intérêt de l'utilisation de la radiopelvimétrie en cas de présentation du siège « [...] réside dans la réduction du taux de césariennes en cours de travail au profit d'une augmentation du taux de césariennes programmées, bien moins dangereuses pour la mère » (33). Si aucune étude n'a prouvé sa nécessité, cette pratique semble néanmoins consacrée par l'usage en France.

Le deuxième pilier de la confrontation foetopelvienne est le dépistage de la macrosomie fœtale et là peut se poser la question de la définition. Le CNGOF a tranché pour un poids supérieur ou égal à 3800g et c'est cette valeur considérée comme seuil par 15 équipes (93.75%) chez la primipare et par 12 équipes (75%) chez la multipare où une EPF à 4000g est admissible.

II 1 2. Des contre-indications relatives considérées comme absolues.

II 1 2 a. Pas d'épreuve utérine en cas de présentation du siège dans le réseau AURORE.

L'utérus cicatriciel semble être une contre-indication absolue à la voie vaginale en cas de présentation du siège au sein des maternités du réseau AURORE ayant répondu. En effet 14 maternités (87.5%) n'acceptent jamais d'AVB avec cet antécédent, et une (6.25%) « parfois ».

Les recommandations concernant l'acceptation de l'AVB en cas de siège avec un antécédent de césarienne sont peu nombreuses. Le CNGOF n'en discute pas dans ses recommandations de 2001, la SOGC ne le mentionne pas non plus dans ses nouvelles directives de 2009 (16). P. Poulain et S. Secunda (34) remarquent que pour beaucoup d'équipes l'utérus cicatriciel est considéré comme une contre indication à l'AVB. Les quelques études qui se sont penchées sur la question ne portaient que sur de faible population : E. Ophir et coll. en 1989 mettant en évidence un succès de 79% d'AVB sur 71 patientes (34), Flamm et al ont eu 82% de succès d'épreuve utérine avec une présentation du siège sur 52 patientes, et Abbassi et al quand à eux ont eu 100% de réussite sur 33 patientes, tous, sans complications. P. Poulain et S. Secunda concluent dans leur article que « L'AVB est possible en cas de présentation du siège [et d'antécédent de césarienne] à condition d'être restrictif sur les indications, après avoir vérifié les critères d'acceptation liés à la fois à l'antécédent de césarienne et aussi à la présentation du siège, et sous couvert de l'accord de la patiente » (34).

II 1 2 b. La primiparité : obstacle à l'accouchement voie basse.

La primiparité, quant à elle, n'est pas prise en considération dans les recommandations du CNGOF de 2000 (23), nous retrouvons pourtant 10 maternités interrogées (62.5%) qui n'acceptent « jamais » ou seulement « parfois » une tentative de voie basse en cas de primiparité. Ce résultat est plus important que celui retrouvé par F. Venditelli et coll. au sein du réseau AUDIPOG (toutes maternités confondues) qui était de 46.5%. D.-E. Broche et al (37) ont pu constater qu' « [...] un élément fortement prédictif de l'accouchement par les voies naturelles est la parité de la patiente. Un antécédent unique d'accouchement pour une patiente, par rapport à une nullipare, est en faveur de l'accouchement voie basse du siège de manière tout à fait significative. Et toujours par rapport à une nullipare, si la patiente a eu au moins deux accouchements antérieurs, l'*odds-ratio* est nettement en défaveur d'une césarienne ». Les auteurs ne considèrent pourtant pas la primiparité comme une contre-indication mais plutôt que « la multiparité est un bon indicateur d'accouchement probable par les voies naturelles ».

II 1 2 c. La question du siège complet n'est pas encore tranchée.

Le siège complet représente à peu près un tiers des présentations podalique et a en général « mauvaise réputation ». Il n'y a pas d'attitude consensuelle dans les maternités du réseau AURORE interrogées, où 8 équipes (53.3%) n'acceptent « jamais » ou parfois

l'accouchement vaginal dans ce mode de présentation contre 7 (46.7%) qui l'acceptent « souvent » ou « systématiquement ».

Le siège complet constitue une contre-indication formelle à la voie vaginale pour beaucoup d'auteurs anglo-saxons (19) et le CNGOF ne l'inclut pas dans ses critères d'acceptabilités, parlant uniquement du « siège décomplété mode des fesses » (23). Du point de vue de la littérature, les études ne montrent pas de différence significative en cas d'accouchement voie basse en présentation du siège, qu'il s'agisse d'un siège décomplété ou complet. Telle est la constatation de G. Descargues et coll. (38), qui ne constatent pas de différence de pronostic obstétrical et néonatal chez la primipare quelque soit le mode de présentation du siège et qui concluent « qu'en pratique [...] le mode de présentation du siège ne doit pas influencer nos décisions thérapeutiques ». D.-E. Broche et coll. font la même observation (39) précisant « qu'il ne présente pas plus de risques qu'une variété décomplétée dans une équipe acceptant la voie basse et rompue à ce genre de pratique »

II 2.Prise en charge rigoureuse en salle de naissance.

II 2 1.Description de la prise en charge du travail en cas de présentation du siège.

Nous avons décrit les pratiques en salle de naissances concernant la gestion du travail en cas de présentation du siège.

Tableau5 : Description des pratiques obstétricales lors d'un travail en cas de présentation du siège au sein des maternités du réseau AURORE (N=16)

Pratiques obstétricales		Fréquence n (%)
Vérification échographique de la présentation en début de travail	Systématiquement ou souvent	15 (93.75)
Biométrie échographique en début de travail	Systématiquement ou souvent	13 (81.25)
Appel de l'obstétricien de garde en début de travail	Systématiquement	16 (100)
Appel de l'anesthésiste et du pédiatre de garde en début de travail	Systématiquement	13 (81.25)
Prise en charge du travail par la sage-femme de garde <i>dont prise en charge conjointe avec l'obstétricien</i>	Systématiquement	14 (87.5) 10 (71.4)
Surveillance continue du RCF	Systématiquement	16 (100)
Incitation à la pose d'APD	Systématiquement ou souvent	15 (93.75)
Réalisation d'une rupture tardive des membranes	Systématiquement ou souvent	15 (93.75)
Direction du travail par Syntocinon®	Souvent ou systématiquement	14 (87.5)
Césarienne en cas de stagnation de 2 heures	Systématiquement ou souvent	15 (93.75)
Césarienne en cas de procidence du cordon pendant le travail	Systématiquement	16 (100)
Césarienne en cas de procidence du cordon à DC*	Souvent ou systématiquement	12 (75)

*DC= dilatation complète

Tous les auteurs s'accordent sur l'importance de la gestion rigoureuse du travail en cas de présentation podalique pour éviter les dystocies dynamiques, facteurs défavorables pour l'accouchement voie basse (37).

II 2 2.L'accouchement en cas de présentation du siège.

Enfin nous avons récapitulé les pratiques en salle de naissances concernant la gestion de l'accouchement en cas de présentation du siège et une similarité entre les maternités du groupe « consensuel » du réseau AUDIPOG et les seize maternités du réseau AURORE nous ayant répondu est retrouvée.

Tableau 6: Description des pratiques obstétricales lors de l'accouchement en cas de présentation du siège au sein des maternités du réseau AURORE (N=16) et du groupe « consensuel » du réseau AUDIPOG

Pratiques obstétricales		Fréquence	Fréquence
		n (%)	%
		Réseau	Réseau
		AURORE	AUDIPOG
Accouchement pratiqué par l'obstétricien	Systématiquement	15 (93.75)	NR
<i>Dont conjointement avec la sage-femme</i>	<i>Systématiquement</i>	8 (53.3)	
	<i>ou souvent</i>		
Présence de l'anesthésiste et du pédiatre à l'accouchement	Systématiquement	14 (87.5)	89/84
Pratique de l'épisiotomie	Systématiquement	13 (81.25)	97
	ou souvent		
Pratique de l'aide à l'expulsion par une manœuvre	Souvent ou systématiquement	15 (93.75)	100
	<i>Lovset + Bracht</i>	<i>11(68.75)</i>	
	<i>Souvent ou systématiquement</i>		
	<i>Lovset</i>	<i>10 (66.7)</i>	
	<i>Bracht</i>	<i>9 (56.25)</i>	

Dans la première partie, nous avons vu qu'il existe deux méthodes lors de l'expulsion : l'interventionniste et la non-interventionniste. La deuxième école semble être largement

suivie, puisque si la plupart des équipes interviennent, elles le font grâce aux manœuvres de Lovset et de Bracht.

Nous pouvons nous demander ici, si la fréquence des manœuvres est due à la conviction qu'elles diminuent les complications ou à la volonté de s'entraîner...

II 3. Déclenchement du travail et siège : une pratique très timide...

Le déclenchement du travail en cas de présentation du siège est très peu effectué au sein des équipes interrogées puisque 9 équipes (56.25%) disent l'accorder parfois, tandis que 7 ne le proposent jamais. Ces résultats sont plus faibles que ceux des maternités du réseau AUDIPOG, où si 59.7% des maternités l'acceptent parfois, seules 27.8% ne le pratiquent jamais.

En 2008, la Haute Autorité de Santé considère que « la présentation du siège n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail en cas de bonnes conditions obstétricales » (40). Son argumentaire se base sur une revue de la Cochrane de 2003 incluant l'essai de Hannah.

II 4. Peut-il exister un excès de sécurité ?

Les attitudes des équipes décrites correspondent aux recommandations énoncées par le CNGOF et sont comparables au groupe des « maternités homogènes » retrouvées par F. Venditelli et coll. En conséquence nous pouvons conclure que les conditions de sécurité sont mises en œuvre au sein des maternités du réseau nous ayant répondu concernant la prise en charge du travail ou de l'accouchement du siège.

➤ Est-ce par excès de prudence que plusieurs situations obstétricales représentent des contre-indications à l'AVB sans réelles argumentations scientifiques ? Les expériences des professionnels, ainsi que leurs opinions influencent la décision obstétricale. Ces éléments sont peut-être prépondérants face à des données scientifiques issues d'études abondantes et contradictoires qui nécessitent toujours une lecture critique pour s'assurer de leur validité.

➤ Pouvons-nous envisager de diminuer les contraintes des acceptations de la voie basse lors d'une présentation de siège au sein du réseau ?

À travers la description de la prise en charge du travail et de l'accouchement des sièges, nous avons commencé à aborder le rôle de la sage-femme, qui gère principalement le travail des patientes avec un fœtus en présentation du siège, en collaboration avec l'obstétricien. Nous allons maintenant développer sa place dans la prise en charge des sièges.

III. La place de la sage femme

III 1. Le siège : une compétence des sages-femmes ?

La présentation du siège peut être considérée comme une présentation eutocique. Or l'eutocie appartient aux compétences des sages-femmes comme le rappelle le code de la santé publique et le code de déontologie des sages-femmes (intégré au code de la santé publique), notamment les articles L. 4151-1, L. 4151-3, R 4127-13 (41). De plus, dans de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes un des objectifs est : « Savoir pratiquer les accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège (deux cas minimum) ».

Le suivi du travail ainsi que la gestion de l'accouchement en cas de présentation par le siège fait donc partie des compétences de la sage-femme. Elle doit donc savoir prendre en charge le travail et ses particularités, maîtriser l'accouchement et les manœuvres du siège.

III 2. La sage-femme : actrice au sein d'une équipe.

Dans notre enquête, la gestion du travail du siège apparaît comme un travail d'équipe. Il semble que dans la majorité des maternités, le travail est suivi par la sage-femme de garde : dans 14 équipes (87.5%) il l'est « systématiquement » par une sage-femme. L'obstétricien l'accompagne alors dans 10 des équipes (71.4%) de façon « systématique » ou « souvent ». En revanche l'accouchement est rarement réalisé par la sage-femme, il est le plus souvent pratiqué systématiquement par l'obstétricien de garde, dans 15 maternités sur 16. La sage-femme l'effectue « jamais ou parfois » dans la moitié des équipes (8). Une étude portant sur 4 maternités lyonnaises entre 1991 et 1995 avait montré que les accouchements en cas de présentation du siège unique à terme étaient réalisés par une sage-femme dans 8% des cas (42).

Devant la rareté des accouchements par voies naturelles des sièges, 12.88% d'accouchement voie basse pour les maternités interrogées, et la nécessité de former les obstétriciens, nous observons que peu de sages-femmes ont l'occasion de pratiquer les accouchements d'enfants en présentation du siège.

III 3. La formation peut-elle pallier le manque d'expérience ?

Quand aux étudiants sages-femmes, leur rôle est rarement renseigné dans les questionnaires. Par expérience, nous supposons que s'il leur est facilement permis de suivre le travail du siège avec la sage-femme de garde, leur participation à l'accouchement, n'est qu'exceptionnelle. Une seule maternité, d'ailleurs, fait participer « souvent » les étudiants sages-femmes aux accouchements des sièges.

La difficulté de la formation et de l'acquisition de l'expérience se pose donc pour les étudiants sages-femmes et les sages-femmes, or il y aura toujours des accouchements par les voies naturelles en cas de présentations du siège.

La formation initiale des étudiants sages-femmes prévoit 295 heures (28%) d'enseignement théorique consacrée à l'obstétrique, la préparation à la naissance, l'embryologie, et la physiologie de la reproduction en première phase et 213 heures (28%) à l'obstétrique et à la préparation à la naissance en deuxième phase. L'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes stipule que cet enseignement comporte : des cours magistraux, enseignements dirigés, travaux dirigés, travaux de groupe, groupe de raisonnement clinique, travaux de recherche, et des évaluations (43) mais ne précise pas la proportion de chacun de ces éléments (cf. annexe X). Chaque école de sages-femmes organise donc les modalités de l'apprentissage de l'obstétrique : enseignement théorique et enseignement pratique sur des mannequins pour l'acquisition des manœuvres.

La formation a pour but d' « amener les étudiants à l'exercice d'une compétence médicale et d'une réelle responsabilité » (43) il est donc indispensable que la formation des étudiants sages-femmes comporte plusieurs travaux pratiques portant sur les manœuvres obstétricales. En effet les simulations sur mannequin en obstétrique ont le potentiel d'améliorer l'apprentissage et les compétences (44) il faut donc répéter ces travaux pratiques régulièrement au cours du cursus. Que ce soit lors d'un accouchement inopiné d'un siège ou lors d'une dystocie des épaules, la réussite de ces manœuvres, essences de l'obstétrique, ne laisse aucune place à l'improvisation ou à l'approximation.

En sortant de l'école peu d'étudiants sages-femmes et par conséquent de jeunes sages-femmes, ont l'expérience pratique des accouchements du siège. Et malgré un bon

enseignement, face à une situation peu fréquente et source d'angoisse, combien se sentent incompétents ?

Prochainement, les études de sages-femmes risquent d'être modifiées par l'instauration de la L1 santé, l'obstétrique et son apprentissage pratique garderont-ils une place importante dans la formation d'une profession dont les compétences s'élargissent ?

Il semble indispensable de proposer aux sages-femmes une formation continue sur les manœuvres du siège, avec des mises en situations pour entretenir leur savoir et pallier au manque d'expérience (44). Rappelons que la formation médicale continue est une obligation déontologique « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances » (Art. R4127-304) (41), L'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes ajoute que « La prise de conscience de la nécessité d'une formation, sans cesse à poursuivre, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel, sera le garant du dynamisme et de la vitalité d'une profession chargée d'histoire. ».

La mise en place de ses formations pour les professionnels à l'aide de support informatiques, et de mannequins pourrait s'organiser au sein du Réseau AURORE et peut être en collaboration avec les deux écoles de sages-femmes qu'il comporte.

➤ Le suivi du travail ainsi que la gestion de l'accouchement en cas de présentation par le siège fait partie des compétences des sages-femmes, il est donc indispensable que la formation des étudiants sages-femmes comporte une solide base théorique et plusieurs travaux pratiques portant sur les manœuvres obstétricales. Cette formation initiale doit faire l'objet de rappel lors de formations continues mais cela va-t-il pallier le manque d'expérience ? Combien d'entre nous, futures sages-femmes, pratiqueront un accouchement du siège ?

IV. La formation des manœuvres : un des clefs de voûte du problème ?

L'apprentissage des manœuvres est un point crucial de la prise en charge des sièges. Une partie de la compétence de l'obstétricien, comme de la sage-femme, s'acquiert d'une part grâce à la formation pratique et d'autre part par son expérience, or ces deux points posent problème en cas de présentation podalique.

La diminution d'accouchements voie basse en cas de présentation du siège entretient un cercle vicieux. Les obstétriciens qui doivent maîtriser l'accouchement, ont également un rôle dans l'enseignement des manœuvres : comment permettre aux internes, aux sages femmes et étudiants sages femmes de pratiquer des accouchements d'enfants en présentation du siège, lorsque les formateurs doivent eux-mêmes entretenir leur savoir avec un nombre restreint de cas ?

Pour la SOGC « le jugement clinique et l'expérience de l'équipe obstétricale sont des composantes essentielles pour assurer l'innocuité de l'accouchement du siège » (16), ainsi il est rappelé à plusieurs reprises dans ses recommandations, la nécessaire présence d'un praticien expérimenté. Les auteurs du Term Breech Trial constatent qu'en cas d'accouchement vaginal planifié, le risque néonatal peut être diminué par la présence d'un praticien expérimenté (OR=0.3 [0.1-0.7]), ils précisent même que la propre appréciation du praticien sur ses compétences est une bonne mesure de son expérience (45). Mais combien de temps disposerons-nous de praticiens expérimentés lorsque le taux d'accouchement voie basse atteint 0% dans certains hôpitaux ?

O. Dupuis (46) explique que certains travaux récents « suggèrent que pour certains étudiants plus de 31 forceps doivent être réalisés avant d'effectuer une pose adéquat » : combien d'accouchement en présentation du siège chaque interne devra-t-il effectué pour une prise en charge optimale ? Il est expliqué dans les mises à jour du CNGOF qu'il existe « un plateau d'efficacité dans les réussites obtenu dès les vingt premières VME » (47), or pour que chaque interne puisse s'entraîner, une politique de VME systématique et de formation des internes est nécessaire.

X. Carcopino, dans une étude menée sur les internes de gynécologie-obstétrique (140 réponses analysables, soit 17%) en 2004 a mis en exergue les lacunes de la formation théorique et pratique du siège. Parmi les « séniors » (internes de 4^{ème} et 5^{ème} année) un tiers

avaient réalisé moins de quatre accouchement voie basse en présentation du siège et presque un quart n'avait jamais reçu d'enseignement sur la gestion du travail et de l'accouchement du siège. Ces résultats amenaient l'auteur à se questionner sur le niveau de compétence apporté par la formation sur cette question (48).

Dans notre enquête, la pratique des VME comme de l'accouchement du siège par les internes d'obstétrique est faible. En effet les centres accueillant des internes de spécialités (6 dans notre échantillon), offrent peu l'opportunité à ces derniers de s'exercer la moitié ne les faisant pratiquer « jamais » ou seulement « parfois » les VME.

Quant à l'accouchement du siège, la moitié des maternités recevant des internes les laissent diriger régulièrement l'accouchement (2 « systématiquement » et une équipe « souvent »).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la formation des internes de gynécologie-obstétrique notamment depuis la création par le Ministère, dans le cadre du DES, d'une filière spécifique de gynécologie obstétrique officialisée en 1999. Ils constatent plusieurs limites dans la formation d'une spécialité si vaste et polyvalente, parmi elles l'augmentation brutale de l'effectif des internes et de fait la diminution du « compagnonnage ».

➤ Encore une fois l'entraînement répété et rigoureux dans le cadre de simulation sur mannequins semble être une des solutions : Macedonia et al. ont montré que cela « améliore la technique et l'efficacité des internes et affine l'habileté des seniors dans l'accouchement vaginal du siège » (44). Une équipe de l'Institut National des Sciences Appliquées de Lyon a développé un simulateur perfectionné d'accouchement pour l'utilisation des forceps en 2007, d'autres simulateurs sont dotés de systèmes d'accouchement automatique, ce perfectionnement nécessite un investissement mais permet un exercice réaliste.

V. Choix de la patiente et risque médico-légal

Comme notre enquête le montre, le consentement de la patiente concernant le choix du mode d'accouchement est demandé par une très large majorité des maternités. Ce choix est multifactoriel et l'information médicale, même involontairement l'influence(49) (25) (50).

V 1.L'accouchement du siège : cas singulier où la participation de la patiente est un des critères de sélection.

Les ouvrages d'obstétrique, les publications et les recommandations considèrent la coopération de la patiente comme un des critères d'acceptation de la voie vaginale en cas de présentation du siège. Le consentement de la patiente est donc un élément important et obligatoire, mais les recommandations ne donnent pas l'obligation qu'il soit formalisé, par exemple, par la signature du patient comme « preuve ». Ceci explique peut être que peu d'équipes conservent le consentement écrit des patientes en cas d'acceptation de la voie basse (5 équipes) ou de refus (7 maternités).

Ce résultat concernant la conservation du consentement dans le dossier médical nous a interpellés car il va en sens inverse de l'attitude protectionniste vis-à-vis du risque médico-légal. En effet il s'agit d'un élément à part entière de la prise de décision, et en tant que tel peut se trouver dans le dossier de la patiente. De plus comme nous le verrons plus loin, c'est au médecin d'apporter la preuve du consentement éclairé de son patient, ce qui a conduit certains praticiens à rédiger des formulaires, de consentement éclairé ou d'information (gynepro.fr). D'un autre côté il est vrai, que ce genre de procédure pourrait être mal accepté par les patientes et ressenti comme une « couverture » de la part des médecins.

V 2.Pas de consentement éclairé sans information...

Pour pouvoir participer à la décision concernant son mode d'accouchement, la patiente dont le fœtus est en présentation du siège doit avoir reçu une information de son médecin.

L'information a pris un rôle prépondérant dans la pratique médicale, l'ANAES a d'ailleurs édité des recommandations sur les modalités d'information en 2000(51) et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé considère l'information comme un acte de soins à part entière.

Cette information doit être intelligible, loyale et claire. Il est indéniable que «les composants du processus d'information-consentement d'une patiente à un soin sont multiples et complexes» (52), et les praticiens doivent comprendre cette information comme un dialogue bilatéral entre soignant et soigné. Certains auteurs ont noté une demande croissante de césarienne de la part des patientes lors d'une présentation podalique (25) (50).

Nous n'avons pas évalué l'information dans notre étude mais nous nous sommes intéressés à ses moyens de diffusions et il semble que les documents écrits soient très peu sollicités par les maternités interrogées : seules 7 (36.84%) disent se servir « parfois » de la fiche d'information du réseau AURORE concernant la présentation du siège. L'efficacité de ces feuillets d'information n'est pourtant pas dénuée d'intérêt dès lors qu'ils sont complétés par une information orale (52). Elles permettent une homogénéité de l'information, ce qui peut être intéressant au sein d'un réseau.

Enfin rappelons que l'article L1111-2 de la loi du 4 mars 2002 précise qu'« en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé ».

V 3.Risque médico-légal

Même si notre étude ne permet pas l'appréciation de la « pression » ou du risque médico-légal au sein des équipes du réseau AURORE, il est difficile de discuter de la prise en charge des sièges sans l'évoquer, puisque cet aspect est souvent un argument en faveur de la césarienne. Le principal motif de plainte initiale des dossiers concernant les AVB est l'absence de réalisation de césarienne et lorsqu'elle est effectuée, le reproche le plus évoqué est une césarienne trop tardive engendrant des séquelles neurologiques. Il n'y a pas de jugement « exemplaire » condamnant l'accouchement du siège (53). Les conséquences individuelles et collectives de politiques de césariennes systématiques doivent remporter le débat face à la crainte procédurière.

Sans même approfondir le risque médico-légale spécifique à l'accouchement du siège, il est bon de se replacer dans le contexte actuel où la pression « s'exerce avec une intensité particulière sur les gynécologues-obstétriciens, échographistes, généralistes et sages-femmes qui touchent à un risque emblématique des sociétés modernes : la grossesse, la naissance et le maintien d'un taux de procréation suffisant pour renouveler la société. » (54). Ainsi, si c'est

en chirurgie que les fréquences de mises en cause sont le plus élevées en ce qui concerne les sociétaires du Sou médical, c'est en obstétrique que les montants d'indemnisation sont les plus haut. Dans les juridictions civiles, l'obstétrique « s'affiche en tête » des spécialités les plus condamnées en 2008 (71% des obstétriciens mis en cause sont condamnés) (55).

Quelles est l'influence de ce risque dans les décisions des praticiens du réseau AURORE, dans la prise en charge du siège ?

VI. La VME ne fait pas l'unanimité au sein du réseau AURORE

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la pratique de la VME est prônée dès 1994 par la FIGO, puis recommandée par le CNGOF en l'an 2000, ainsi que dans les mises à jour de 2003 entre autres (22) (23) (27) (14) (15).

Cette manœuvre permet une diminution du taux de présentation du siège à terme et par conséquent du taux de césarienne (28) (29) (30) (31) (17). Hofmeyr et Kulier dans une revue de 5 études ont retrouvé une diminution de présentation non céphalique à terme de 33% et une diminution du nombre de césarienne de 55% (29). Il s'agit même pour la Société Française de Médecine Périnatale de « La seule mesure consensuelle concernant la prise en charge de la présentation du siège [...] qui est à ce jour le moyen le plus efficace pour éviter les césariennes induites par la présentation du siège » (27).

Ainsi nous pensons que les équipes pratiqueraient de façon systématique la VME.

Or nous constatons qu'il n'y a pas d'attitude consensuelle au sein des maternités du réseau interrogées, seules 13 maternités (75%) la proposent régulièrement dont 8 (40%) de façon systématique. Le nombre d'accouchements et le niveau de la maternité n'influence pas la pratique de la VME ($p > 0.05$ pour ces deux éléments).

Il nous parait intéressant de faire un bref rappel sur cette technique obstétricale.

VI 1. Rappel

Cette manœuvre a suscité beaucoup d'opinions divergentes dans les années 90 : inutile et dangereuse pour certains, indispensable pour d'autre (17). Il semble que le regain d'intérêt porté à cette technique, recommandée par les collègues médicaux (23) (27) (14) (15), à cause de l'augmentation croissante du nombre de césarienne en cas de présentation du siège ait apaisé les controverses.

Les contre-indications absolues sont reconnues par la majorité des auteurs, ainsi dans notre enquête, nous ne les avons pas détaillées. Il s'agit :

- ✓ d'un rétrécissement pelvien excluant la voie basse.
- ✓ placenta ou obstacle prævia.
- ✓ malformations fœtales.

- ✓ souffrance fœtale, RCIU sévère.
- ✓ MFIU.
- ✓ déflexion de la tête fœtale.
- ✓ séropositivité pour le VIH.

Bon nombre d'auteurs s'accordent sur le fait que les complications maternelles et fœtales sont rares mais graves. Le taux varie de 2 à 5.8% selon les critères retenus et peut même atteindre 0.5% si seuls les complications ayant une incidence sur la grossesse sont prises en compte (27). Nous retrouvons dans la littérature, hématomes rétro-placentaires, accidents cordonaux et les ruptures utérines à l'origine d'une mortalité fœtale. La morbidité peut être due aussi aux hémorragies fœto-maternelles (iso immunisation), aux RPM, aux anomalies du RCF, aux déclenchements prématurés.

Certains auteurs ont retrouvé un taux de césarienne durant le travail pour souffrance fœtale (pH au scalp inférieur à 7.20), plus élevé chez les femmes ayant eu une VME réussie comparé à un groupe contrôle composé de patientes dont les fœtus étaient en position céphalique (57). Ces résultats ne sont pas retrouvés dans des études ultérieures (30) (31), et ont étonné les chercheurs, qui se sont demandés si ces résultats devaient être attribués à une « véritable différence biologique » des fœtus en siège ou à un effet retardé de la VME. Quelle qu'en soit la raison, ils concluent sur l'utilité d'accroître la surveillance fœtale pendant le travail lorsqu'il y a eu VME.

VI 2.Habitudes de pratiques

Les précautions lors de la pratique de la VME apparaissent consensuelles au sein du réseau. Nous retrouvons une homogénéité dans les conditions de mises en œuvre de la VME qui a lieu en salle de naissance et est précédée d'un examen et d'un ERCF.

VI 2 1.L'utilisation de la tocolyse.

Dans notre enquête nous avons constaté que si toutes les maternités interrogées utilisent une tocolyse fréquemment, seules 11 (68.75%) le font systématiquement et seules 3 équipes sur 14 (21.4%) par voie intraveineuse. Selon le CNGOF « l'utilisation de la tocolyse par voie intraveineuse augmente les chances de version et réduit le risque de césarienne (NP1) » (47), Hofmeyr et Gyte confirment l'intérêt des tocolytiques dans une revue de la Cochrane (58).

En revanche l'utilisation de bêta mimétique, salutamol IV ou Salbumol® suppositoire semble être la règle : 100% des équipes les utilisent (une seule se sert aussi de la Ritrodine®) comme il est conseillé dans l'exposé des mises à jour du CNGOF de 2003 « les données sont suffisantes pour recommander l'utilisation d'un bêta2-mimétique pour la réalisation de la VME à terme » (47). L'utilisation de l'ALR est très marginale, une seule équipe s'en sert « parfois » sur les 16 proposant des VME. Elle n'est en effet pas concevable « comme une aide systématique ».

VI 2 2 Le terme de réalisation.

Il n'y a pas de recommandations quant au terme de réalisation de la VME. Nous ne retrouvons pas un terme consensuel au sein des maternités du réseau interrogées, néanmoins la majorité l'effectue avant 37 SA et ce quelque soit la parité de la patiente (11 équipes soit 68.75% chez les primipares et 10 équipes (62.5%) chez les multipares.

VI 2 3. Les méthodes « alternatives » boudées.

Nous avons remarqué que les attitudes des maternités du réseau AURORE ne sont pas uniformes en ce qui concerne la proposition de méthodes « naturelles » pour favoriser la version spontanée du siège. Une faible majorité (10 équipes, 62.5%) les propose, mais rarement souvent. Les méthodes les plus utilisées sont celles décrites par le CNGOF : l'acupuncture est proposée par 8 équipes (cf. annexe X) et les méthodes posturales par 7, dont le « pont indien » (cf. annexe X).

Comme le conseille le CNGOF, elles semblent être une aide et non une substitution aux VME : de part leur simplicité d'utilisation et leur iatrogénie, « les méthodes alternatives, telles que l'acupuncture ou les méthodes posturales peuvent être une aide à partir de 30 SA ou de façon concomitante, mais leur réalisation ne doit pas se substituer aux techniques habituelles (NP2) » (47).

Grâce à leur facilité d'exécution, à leur innocuité et à leur potentielle réussite, les méthodes alternatives à la VME, obtiennent certains résultats positifs et peuvent être des alliées commodes pour faciliter la version (59) (60). Pourquoi sont-elles si peu utilisées par les maternités du réseau AURORE ?

VI 2 4.Sélection des patientes

Seuls l'utérus cicatriciel et l'insuffisance de liquide amniotique peuvent être considérés comme des contre-indications consensuelles au sein du réseau. La localisation antérieure du placenta et le RCIU modéré peuvent être des critères de refus pour une majorité des maternités.

VI 2 4 a.VME et utérus cicatriciel ne font pas bon ménage au sein du réseau AUORE.

L'utérus cicatriciel semble une contre indication absolue pour les équipes du réseau AUORE puisque 13 maternités (81.25%) ne la proposent « jamais » et les trois autres la proposent que « parfois » dans cette situation.

Rien n'est spécifié dans les recommandations du CNGOF, quant à l'ACOG, les recommandations ne sont pas tranchées puisqu'un comité de 2006 conseille d'effectuer une VME à chaque fois que c'est possible, bien que les recommandations de 2000 déclarent « qu'il existe des preuves insuffisantes concernant la VME chez les femmes ayant un antécédent de césarienne » (61). Les résultats de la littérature, eux ne contre-indiquent pas la VME en cas d'utérus cicatriciel et différentes études montrent l'efficacité et l'innocuité de la VME en cas d'utérus cicatriciel (34). En 2008, Sela et al (61), à travers une revue de littérature, recensent 166 cas de VME : le taux moyen, alors, de réussite de VME en cas d'utérus cicatriciel était de 76 % (66 à 100 % selon les études) et le taux d'AVB après réussite de la VME entre 54 et 76 %. Les auteurs n'ont pas retrouvé de complications graves fœtales ou maternelles et le taux de césarienne en urgence était d'un cas sur 166 soit 0,6 %.

VI 3.Conclusion sur la VME.

A l'issue de cette enquête nous nous demandons pourquoi la VME n'est pas plus souvent pratiquée, alors qu'elle est recommandée par les collèges nationaux (23) (27) (14) (15).

Au Royaume-Uni, bien que les recommandations du RCOG de 1995 et 1999 soient explicites : « toutes les femmes à terme avec une grossesse sans complication doivent se voir proposer une VME », elle n'est pas ancrée dans la pratique obstétricale de routine. L'audit de Burr et al. montra qu'une VME était proposée seulement à 20% des patientes pouvant en bénéficier(62).

La question qui se pose à nous à la suite de cette étude, s'est aussi posée à Burr et al : comment faire adhérer les praticiens à une politique obstétricale, en l'occurrence, la proposition large de VME ?

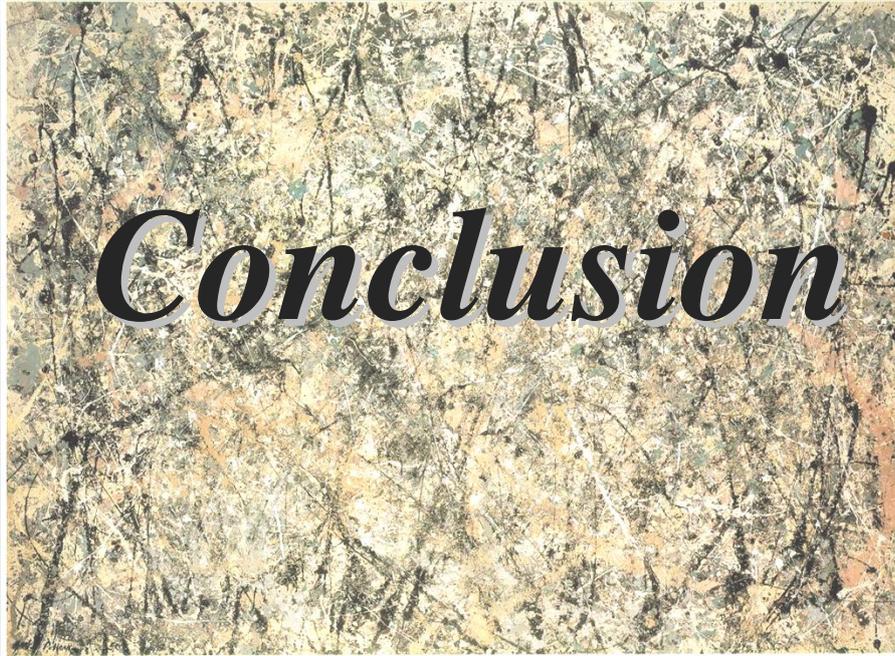
Les auteurs ont émis l'hypothèse qu'une campagne effectuée à l'aide d'articles de la Cochrane, de recommandations spécialement rédigées par les auteurs, de vidéos, auprès d'un praticien de chaque maternité, chargé de promouvoir la VME au sein de son équipe pouvait mener aux changements des pratiques de celle-ci. Une étude randomisée a donc été effectuée sur 20 maternités et une augmentation significative ($p=0.016$) de la proposition de VME a été observée au sein des équipes ayant bénéficiés de cette promotion. Mais les résultats sont bien faibles puisque seules 36.5% des patientes éligibles à une VME s'en sont vues proposer une contre 19.2% avant l'intervention. L'impact de cette intervention est au final décevant. Burr et al. pensaient qu'en s'attaquant aux obstacles qu'ils supposaient être à l'origine du faible taux de VME (manque de connaissance, d'enthousiasme ou d'habilité) ils obtiendraient des résultats mais ils constatent que « les avis des cliniciens sur VME sont apparemment instillés à la faculté de médecine et restent par la suite inchangés, malgré des balancements pour et contre cette méthode ».

➤ Différents travaux peuvent être mis en place pour évaluer les pratiques de la VME et ainsi nous améliorer quant à la proposition de cette manœuvre.

Tout d'abord, il est indéniable que l'efficacité de cette méthode dépend d'une vraie politique de VME dans les maternités. Ainsi il serait intéressant que chaque équipe évalue ses pratiques de VME dans un premier temps par un audit des pratiques portant sur toutes les présentations du siège arrivant à terme sans proposition de VME : critères d'inclusions et d'exclusions, comment les équipes se placent elles par rapport aux recommandations et une analyse individuelle des pratiques mettant en exergue les réticences, lacunes et besoins.

Une table ronde permettant la mise en commun des EPP pourrait donner naissance à un projet de renforcement de la formation si besoin et d'harmonisation des pratiques en incluant les internes.

➤ Nous pouvons peut être nous inspirer du travail de Burr et al. pour évaluer nos pratiques au sein du réseau AURORE et comprendre comment est, à l'heure actuelle enseignée la pratique de la VME. En sensibilisant les internes de spécialités, ce sont les futurs praticiens que nous convainquons.



Les études PREMODA et du Term Breech Trial ont mis en évidence que la césarienne n'améliore pas à long terme le devenir de l'enfant (13)(10)(11). Loin de résoudre tous les problèmes concernant la présentation du siège, la pratique de la césarienne systématique en pose de nouveaux. Outre le fait qu'une politique de césarienne systématique est illusoire, 10% des femmes ayant une césarienne programmée dans l'étude de Hannah et coll. ont accouché par voie basse et 0.6% dans celle de Goffinet et al., elle n'est pas dénuée de risque. Elle engendre une augmentation de la morbidité maternelle à court terme et à des répercussions sur l'avenir obstétricales des femmes ayant un utérus cicatriciel (63) (64) (65).

Le taux de maternités pratiquant des césariennes systématiques est important : trois équipes, soit 15%. Seize maternités sur les vingt nous ayant répondu, acceptent des tentatives d'AVB en cas de présentation du siège. Une sélection draconienne des patientes est effectuée. Les critères d'acceptation de la voie vaginale correspondent aux recommandations du CNGOF et vont même au-delà, attestant d'une grande prudence de la part des équipes. En effet certaines situations obstétricales sont considérées comme des indications de césariennes par les maternités, alors qu'elles ne le sont pas aux vues des données scientifiques actuelles.

Lors d'une décision s'attachant à la périnatalité, domaine dans lequel la société refuse l'échec, et où se mêlent, l'*Evidence Based Medecine*, l'expérience du praticien, le risque médico-légal et le choix de la patiente peut-on blâmer « l'excès de prudence » ?

Les politiques obstétricales au sein du réseau AURORE ont des incidences individuelles, sur le devenir du fœtus et de la patiente, mais aussi collectives, sur le taux de césarienne, la formation des internes et des étudiants sages-femmes, le perfectionnement des seniors et des sages-femmes. Pour la majorité des maternités interrogées, l'accouchement voie basse semble raisonnable et les conditions de sécurité paraissent respectées, de ce fait on ne peut alors que les encourager à pratiquer plus d'accouchements voie basse en élargissant leur critères : primiparité, siège complet et pourquoi pas utérus cicatriciel.

D'autre part l'absence d'homogénéité face à la pratique de la VME nous a fortement interpellés. Pour quelles raisons les maternités du réseau AURORE semblent réticentes à pratiquer cette manœuvre pourtant recommandée par la plupart des Collèges d'obstétriciens (23) (27) (14) (15)?

Un des objectifs du réseau AURORE est la mise en œuvre de « plans d'action [...], notamment en matière d'évaluation, de savoirs et pratiques [...] » il nous semble donc

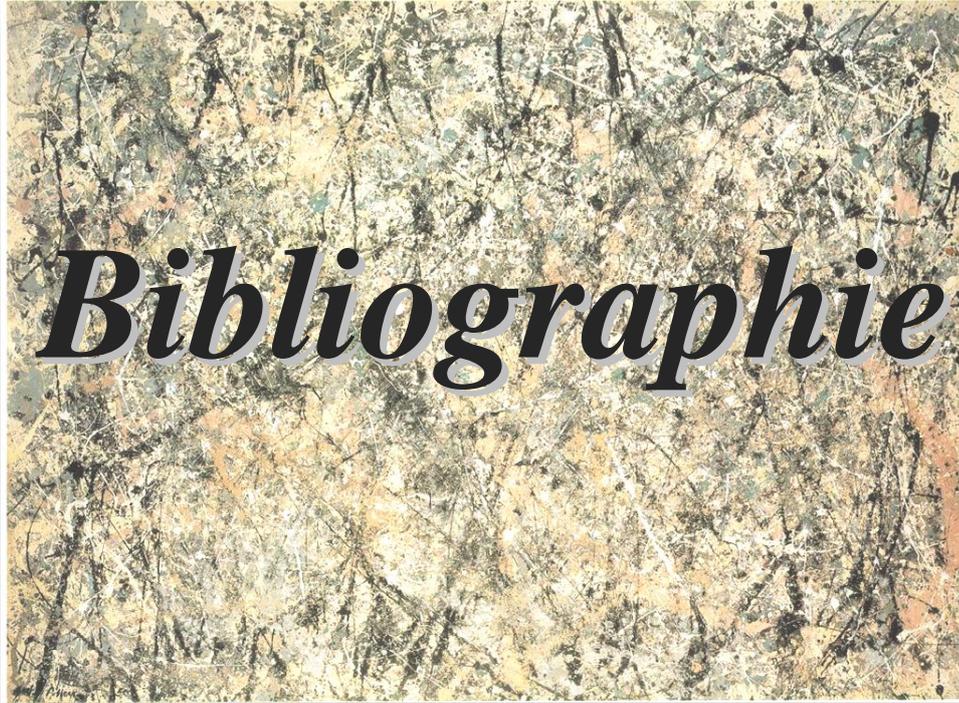
intéressant d'évaluer les pratiques de la VME dans les maternités du réseau par un audit, mais aussi d'évaluer son enseignement et ainsi nous améliorer quand à la proposition de cette manœuvre.

En conclusion, nous ne pouvons manquer de remarquer que le problème récurrent en obstétrique est celui des manœuvres, essence même de l'Art obstétrical.

L'obstétrique est un domaine qui vit à travers ceux qui la pratiquent, et actuellement, le champ d'action des gynécologues-obstétriciens est très vaste. Alors quel avenir pour l'obstétrique de demain ?

Bien que les compétences des sages-femmes en dehors de la salle de travail ne cessent d'augmenter, elles restent et resteront en première ligne face à l'urgence obstétricale. De plus, les politiques pratiquées par les médecins, influencent toute la branche obstétricale, et par conséquent la profession de sage-femme, peut être est-ce à elles, alors, d'être au cœur de la discussion.

« À nous aujourd'hui de nous mobiliser pour perpétuer un savoir acquis par nos aînés et le transmettre à nos enfants avant qu'il ne disparaisse. » (66).



Références bibliographiques.

1. DUBOIS J, aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1981;10:479-92.
2. MARPEAU L, VERSPYCK E, ROMAN H, Présentation du siège à terme: modalité d'accouchement; analyse critique des données publiées XXIII^{ème} Journée Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Nantes 2003) *Profession Sage-femme* 103 :20-24.
3. HANNAH ME, HANNAH WJ, HEWSON SA, HODNETT ED, SAIGAL S, WILLAN AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial: Term breech trial collaborative group. *Lancet* 2000; 21:1375-83.
4. COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE, Mode of term single breech delivery: ACOG committee opinion no. 265. *Obstet Gynecol* 2001; 98:1189-90.
5. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20, Londres : RCOG 2001.
6. ALEXANDER S, ZHANG W. Accouchement du siège à terme: les pratiques actuelles dans les pays industrialisés. In XXIII^{ème} Journée Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Nantes 2003). www.sfmp.net
7. 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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132:20–6.
8. GLEZERMAN M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:20-5.
9. GOFFINET F, BLONDEL B, BREART G. Questions posées par un essai contrôlé de Hannah et al. sur la pratique systématique d'une césarienne en cas de présentation du siège. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30:187-90.
10. HANNAH ME, HANNAH WJ, HODNETT ED, CHALMERS B, KUNG R, WILLAN A, AMANKWAH K, CHENG M, HELEWA M, HEWSON S, SAIGAL S, WHYTE H, AND GAFNI A. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs. planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002; 287, 14 : 1822-1831

11. WHYTE H, HANNAH ME, SAIGAL S, HANNAH WJ, HEWSON S, AMANKWAH K, CHENG M, GAFNI A, GUSELLE P, HELEWA M, HODNETT ED, HUTTON E, KUNG R, MCKAY D, ROSS S, WILLAN A (Term Breech Trial Collaborative Group) Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 864-71.
12. HANNAH ME, WHYTE H, HANNAH WJ, HEWSON S, AMANKWAH K, CHENG M, GAFNI A, GUSELLE P, HELEWA M, E HODNETT ED, HUTTON E, KUNG R, MCKAY D, ROSS S, SAIGAL D, WILLAN A (Term Breech Trial Collaborative Group) Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 917-27.
13. GOFFINET F, CARAYOL M, FOIDART JM, ALEXANDER S, UZAN S, SUBTIL D, ET AL. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002–11.
14. COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. Mode of term single breech delivery: Mode of term singleton breech delivery. ACOG Committee Opinion No. 340. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006; 108:235–7.
15. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20b, Londres : RCOG, décembre 2006.
16. KOTASKA A, MENTICOGLU S, GAGNON R. « Accouchement du siège par voie vaginale, Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, n° 6, 2009, p. 567–78.
17. SCHAAL J-P avec la collaboration de RIETHMULLER D, MAILLET R, UZAN M, Mécanique et Technique Obstétricales 3^eEd, Montpellier, Sauramps médical, 2007 922p: siège : 369-390 , 719-732, VME : 583-594 bassin maternel 11-26 37-40 Implication juridique 889- 914 césarienne : 733-746
18. LANSAC J, MARRET H, OURY J-F, *Pratique de l'accouchement*, 4^{ème} édition, Paris, Masson 2006 553p : pp 125
19. DUBOIS J, GRALL J-Y, *Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège* Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1990.85,5 336-341.

20. CHENG M, HANNAH M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993 ; 82 : 605-618
21. VENDITTELLI F, RIVIERE O, MAMELLE N, et les obstétriciens du réseau sentinelle AUDIPOG. La présentation du siège à terme: évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du Réseau AUDIPOG. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31,3 : 261-272
22. FIGO. Recommendations of the FIGO Committee on perinatal health on guidelines for the management of breech delivery, September 18th, 1993, Rome, Italy. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 44: 297-300.
23. COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS. Recommandation pour la pratique clinique : la césarienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29 (suppl. 2).
24. LUMLEY J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? *Lancet* 2000; 356: 1369-70.
25. LAGRANGE E, AB DER HALDEN M, UGHETTO S, BODA C, ACCOCEBERRY M, NEYRAT C, HOULLE C, VENDITTELLI F, LAURICHESSE-DELMAS H, JACQUETIN B, LEMERY D, GALLOT D, Accouchement du siège par voie vaginale: évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes. *Gynécol. Obstet Fertilité* 2007 ; 35 : 757-763.
26. CARBONNE B, GOFFINET F, BREART G, FRYDMAN R, MARIA B, UZAN S, Groupe de travail sur le siège et la césarienne. Voie d'accouchement en cas de présentation du siège : la position du Collège national des gynécologues et obstétriciens français(CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30:191-2.
27. MAGNIN G, rapporteur, Proposition pour la pratique TROISIÈME TABLE RONDE L'accouchement du siège à terme. Coordonnateurs : MAGNIN G, MARRET S, XXIII^e journées nationales de SFMP - Nantes - 22 - 24 Octobre 2003 www.sfmp.net
28. HANSS J. PENT D. The efficacy of external cephalic version and its impact on the breech experience, *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162 n°6:1459-64.
29. HOFMEYER GJ, KULIER R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996, Issue 1. Art. No.: CD000083. Remis à jour en avril 2005.
30. LE BRET T, GRANGÉ G, GOFFINET F, CABROL D. Version par manœuvre externe. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33:297-303.

31. FARON G, VOKAER A, Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 493-98.
32. VENDITTELLI F, ROCHE S, PONS J-C, MAMELLE N et les obstétriciens du Réseau sentinelle AUDIPOG La présentation du siège à terme : enquête sur les pratiques obstétricales en France et recherche d'une homogénéité d'attitudes associées à un moindre risque néonatal J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 577-588.
33. ROZENBERG Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXI^e siècle ? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:6-12.
34. POULAIN P, SECUNDA S, Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne Gynecol Obstet Fertil 201 ; 38 :48-57.
35. ABBASSI H, ABOULFALAH A, EL KARROUMI M, BOUHAYA S, BEKKAY M, Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 :425-429.
36. MICHEL S, DAIN A, CLOSSET E, DERUELLE P, SUBTIL S, Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : 411-420.
37. BROCHE D-E, RAMANAH R, COLLIN A, MANGIN M, VIDAL C, MAILLET R, RIETHMULLER D Présentation du siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail J. Gynécol Obstet et Biol Reprod 2008 ; 37 : 483-492.
38. DESCARGUES G, DOUCET S, MAUGER-TINLOT F, GRAVIER A, LEMOINE JP, MARPEAU L. Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:664-73.
39. BROCHE D-E, RIETHMULLER D, VIDAL C, SAUTIERE JL, SCHAAL JP, MAILLET R. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:781-8.
40. Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée Avril 2008 www.has-sante.fr
41. Code de déontologie des sages-femmes www.legifrance.gouv.fr
42. VAUDOYER F, Décision obstétricale dans la présentation du siège unique à terme (acceptation de la voie basse versus césarienne prophylactique cohorte de 1116 cas), thèse de médecine, Lyon, 1998.
43. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, BULLETIN OFFICIEL N°2002-2 www.sante.gouv.fr.

44. MACEDONIA C, GHERMAN R, SATIN A, Simulation Laboratories for Training in Obstetrics and Gynecology, *Obstet Gyn* 2003; 102: 388-392.
45. SU M, MCLEOD L, ROSS S, WILLAN A, HANNAH WJ, HUTTON E, ET AL. Term breech trial collaborative group: factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:740-5.
46. DUPUIS O, Formation et apprentissage des extractions, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:288-296.
47. PERROTIN F, SAUGET S, LAFFONT M, LANSAC J, BODY G, Version par manœuvres externes : nouveaux apports techniques Mises à jour en gynécologie obstétrique, CNGOF. Tome XXVII 2003 IN www.cngof.asso.fr
48. CARCOPINO X, SHOJAI R, D'ERCOLE C, BOUBLI L. French trainees in obstetrics and gynaecology theoretical training and practice of vaginal breech delivery: a national survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 97:23-5.
49. DELOTTE J, SCHUMACKER-BLAY A, BAFGHI P, LEHMANN P, BONGAIN A, Information médicale et choix des patientes. Influence sur la pratique de l'accouchement du siège à terme par voie basse, *Gynecol Obstet Fertil* 2007 ; 35 : 747-750.
50. KOK M, GRAVENDEEL L, OPMEER B, VAN DER POST J, MO B, Expectant parents' preferences for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation *Patient Education and Counseling*, Volume 72, Issue 2, August 2008, Pages 305-310
51. ANAES, Informations des patients Recommandations destinées aux médecins, 2000 In www.has-sante.fr.
52. PIERRE F, Information en obstétrique : du conte de fées au jeu de dupes, où se situent notre pratique quotidienne et son évaluation ? *Gynecol Obstet Fertil* 2007 ; 35 : 751-756.
53. DELOTTE J, BOUBLI L, Accouchement du siège : quel est le débat ? XXI JTA 12-18 janvier 2007 *Les dossiers de l'obstétrique* juin 2007 ; 361 :10-13.
54. AMALBERTI R, La gestion des risques... en général et en obstétrique : un chemin pavé d'ambiguïtés *Éditorial Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009 ; 38, 456-58.
55. COURGEON B, LETOUZEY C, Rapport sur les décisions de justice et avis CRCI rendus en 2008, *Responsabilité Revue de formation sur le risque médical hors série*, décembre 2009.
56. PIERRE F Version par manœuvres externes, solution de remplacement à l'accouchement par le siège ? TROISIÈME TABLE RONDE L'accouchement du siège à terme Coordonnateurs : Guillaume MAGNIN, Stéphane MARRET, XXIIIe journées nationales de SFMP - Nantes - 22 - 24 Octobre 2003 www.sfmp.net

57. LAU TK, LO KWK, ROGERS M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 218-23.
58. HOFMEYR GJ, GYTE GML. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000184.
59. BOOG G. Lettre à la rédaction à propos du débat sur le siège. La méthode du « pont indien »: une façon simple et inoffensive de réduire la fréquence des présentations du siège à terme (lettre). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30: 362-3.
60. BOOG G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège Revue de la littérature *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 : 94-98.
61. SELA H, FIEGENBERG T, BEN-MEIR A, ELCHALAL U, EZRA Y, Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2009;142: 111-114.
62. BURR R, JOHANSON R, WYATT J, WATT I, JONES P. A randomized trial of an intervention package designed to promote external cephalic version at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 100: 36-40.
63. HALL M H, BEWLEY S, Maternal mortality and mode of delivery, *Lancet* 354 (1999), p. 776.
64. L. SANCHEZ-RAMOS, T.L. WELLS, C.D. ADAIR, G. ARCELIN, A.M. KAUNITZ AND D.S. WELLS, Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes, *Int J Gynaecol Obstet* **73** (2001): 7-14.
65. D'ERCOLE C, SHOJAI R, DESBRIERE R, BRETTELLE F, BOUBLI L, La césarienne résout-elle tous les problèmes ? XXIIes journées nationales de SFMP - Nantes - 22 - 24 Octobre 2003 In *Profession Sage-femme* 2003 ; 109 : 25-31.
66. SAMOUËLIAN V, Subtil D, Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose *Tribune libre / Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36 (2008) 3-5

Bibliographie

Livres

DUMONT, M, MOREL, P, Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie, Lyon, Sinep édition 1968, 87p.

SCHAAL J.-P avec la collaboration de RIETHMULLER D, MAILLET R, UZAN M, Mécanique et Technique Obstétricales 3^eEd, Montpellier, Sauramps médical, 2007 922p: siège : 369-390 , 719-732, VME : 583-594 bassin maternel 11-26 37-40 Implication juridique 889- 914 césarienne : 733-746.

LANSAC J, MARRET H, OURY J-F, Pratique de l'accouchement, 4^{ème} édition, Paris, Masson 2006 553p : pp 125

Articles

ABBASSI H, ABOULFALAH A, EL KARROUMI M, BOUHYA S, BEKKAY M, Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 :425-429.

ALARAB M, REGAN C, O'CONNELL MP, KEANE DP, O'HERLIHY C, FOLEY ME. «Singleton vaginal delivery at term: still a safe option », Obstet Gynecol, vol. 103, 2004, p. 407-12.

AMALBERTI R, La gestion des risques... en général et en obstétrique : un chemin pavé d'ambiguïtés Éditorial Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38, 456-58.

BOOG G. Les méthodes alternatives à la version par manœuvre externe en cas de présentation du siège Revue de la littérature J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 94-98.

BOOG G. Lettre à la rédaction à propos du débat sur le siège. La méthode du « pont indien »: une façon simple et inoffensive de réduire la fréquence des présentations du siège à terme (lettre).J Gynecol Obstet Biol Reprod2001;30: 362-3.

BROCHE D-E, RAMANAH R, COLLIN A, MANGIN M, VIDAL C, MAILLET R, RIETHMULLER D Présentation du siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail J. Gynecol Obstet et Biol Reprod 2008 ; 37 : 483-492.

BROCHE D-E, RIETHMULLER D, VIDAL C, SAUTIERE JL, SCHAAL JP, MAILLET R. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:781-8.

BURR R, JOHANSON R, WYATT J, WATT I, JONES P. A randomized trial of an intervention package designed to promote external cephalic version at term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 100: 36-40.

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. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 132:20–6.

CARBONNE B, GOFFINET F, BREART G, FRYDMAN R, MARIA B, UZAN S, Groupe de travail sur le siège et la césarienne. Voie d'accouchement en cas de présentation du siège : la position du Collège national des gynécologues et obstétriciens français(CNGOF). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30:191-2.

CARCOPINO X, SHOJAI R, D'ERCOLE C, BOUBLI L. French trainees in obstetrics and gynaecology theoretical training and practice of vaginal breech delivery: a national survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 97:23–5.

CHENG M, HANNAH M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993 ; 82 : 605-618

COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS. Recommandation pour la pratique clinique : la césarienne. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29 (suppl. 2).

COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE, Mode of term single breech delivery: ACOG committee opinion no. 265. Obstet Gynecol 2001; 98:1189-90.

COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. Mode of term single breech delivery: Mode of term singleton breech delivery. ACOG Committee Opinion No. 340. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2006; 108:235–7.

D'ERCOLE C, SHOJAI R, DESBRIERE R, BRETTELLE F, BOUBLI L, La césarienne résout-elle tous les problèmes ? XXIIes journées nationales de SFMP - Nantes - 22 - 24 Octobre 2003 In Profession Sage-femme 2003 ; 109 : 25-31.

DELOTTE J, BOUBLI L, Accouchement du siège : quel est le débat ? XXI JTA 12-18 janvier 2007 Les dossiers de l'obstétrique juin 2007 ; 361 :10-13.

DELOTTE J, SCHUMACKER-BLAY A, BAFGHI P, LEHMANN P, BONGAIN A, Information médicale et choix des patientes. Influence sur la pratique de l'accouchement du siège à terme par voie basse, Gynecol Obstet Fertil 2007 ; 35 : 747-750.

DESCARGUES G, DOUCET S, MAUGER-TINLOT F, GRAVIER A, LEMOINE JP, MARPEAU L. Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:664-73.

DUBOIS J, aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1981;10:479-92.

DUBOIS J, GRALL J-Y, Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1990.85,5 336-341.

DUPUIS O, Formation et apprentissage des extractions, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:288-296.

FARON G, VOKAER A, Facteurs de réussite d'une version par manœuvre externe : étude rétrospective de 439 cas Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 493-98.

FIGO. Recommendations of the FIGO Committee on perinatal health on guidelines for the management of breech delivery, September 18th, 1993, Rome, Italy. Int J Gynecol Obstet 1994; 44: 297-300.

GLEZERMAN M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:20-5.

GOFFINET F, BLONDEL B, BREART G. Questions posées par un essai contrôlé de Hannah et al. sur la pratique systématique d'une césarienne en cas de présentation du siège. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:187-90.

GOFFINET F, CARAYOL M, FOIDART JM, ALEXANDER S, UZAN S, SUBTIL D, ET AL. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an

observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002–11.

GOFFINET F, HUMBERT R, CLERSON P, PHILIPPE HJ, BREART G, CABROL D. Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement du travail. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28 : 319-29.

HALL M H, BEWLEY S, Maternal mortality and mode of delivery, *Lancet* **354** (1999), p.776.

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 randomized multicentre trial: Term breech trial collaborative group. *Lancet* 2000; 21:1375-83.

HANNAH ME, HANNAH WJ, HODNETT ED, CHALMERS B, KUNG R, WILLAN A, AMANKWAH K, CHENG M, HELEWA M, HEWSON S, SAIGAL S, WHYTE H, AND GAFNI A. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs. planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002; 287, 14 : 1822-1831

HANNAH ME, WHYTE H, HANNAH WJ, HEWSON S, AMANKWAH K, CHENG M, GAFNI A, GUSELLE P, HELEWA M, E HODNETT ED, HUTTON E, KUNG R, MCKAY D, ROSS, SAIGAL D, WILLAN A (Term Breech Trial Collaborative Group) Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 917-27.

HANSS J. PENT D. The efficacy of external cephalic version and its impact on the breech experience, *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162 n°6:1459-64.

HELLINGER C, LANGER B, La version par manœuvres externes a-t-elle vraiment un intérêt ? *Débat Gynecol Obstet Fertil*, 2008; 36: 472-474.

HOFMEYR GJ, GYTE GML. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000184.

HOFMEYR GJ, KULIER R. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000083. Remis à jour en avril 2005.

KOK M, GRAVENDEEL L, OPMEER B, VAN DER POST J, MO B, Expectant parents' preferences for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation Patient Education and Counseling, Volume 72, Issue 2, August 2008, Pages 305-310.

KOTASKA A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. Bmj 2004;329:1039–42.

KOTASKA A, MENTICOGLU S, GAGNON R. « Accouchement du siège par voie vaginale, Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009 », J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 6, 2009, p. 567–78.

L. SANCHEZ-RAMOS, T.L. WELLS, C.D. ADAIR, G. ARCELIN, A.M. KAUNITZ AND D.S. WELLS, Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes, Int J Gynaecol Obstet **73** (2001): 7-14.

LAGRANGE E, AB DER HALDEN M, UGHETTO S, BODA C, ACCOCEBERRY M, NEYRAT C, HOULLE C, VENDITELLI F, LAURICHESSE-DELMAS H, JACQUETIN B, LEMERY D, GALLOT D, Accouchement du siège par voie vaginale: évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes. Gynécol. Obstet Fertilité 2007 ; 35 : 757-763.

LAU TK, LO KWK, ROGERS M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 218-23.

LE BRET T, GRANGÉ G, GOFFINET F, CABROL D. Version par manœuvre externe. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33:297-303.

LUMLEY J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? Lancet2000;356: 1369-70.

MACEDONIA C, GHERMAN R, SATIN A, Simulation Laboratories for Training in Obstetrics and Gynecology, Obstet Gyn 2003; 102: 388-392.

MAGNIN G, PIERRE F, Pour la version par manœuvres externes Débat Gynecol Obstet Fertil, 2008 ; 36 : 470-471.

MARPEAU L, À propos du débat sur le siège « L'épreuve du travail » sur présentation du siège... (qui bien sûr ne doit pas en être une... quand on connaît la définition de l'épreuve du travail), Lettre à la rédaction J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 :193-195.

MARPEAU L, VERSPYCK E, ROMAN H, Présentation du siège à terme: modalité d'accouchement; analyse critique des données publiées XXIII^{ème} Journée Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (Nantes 2003) Profession Sage-femme 103 :20-24.

MICHEL S, DAIN A, CLOSSET E, DERUELLE P, SUBTIL S, Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : 411-420.

PIERRE F, Information en obstétrique : du conte de fées au jeu de dupes, où se situent notre pratique quotidienne et son évaluation ? Gynecol Obstet Fertil 2007 ; 35 : 751-756.

POULAIN P, SECUNDA S, Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne Gynecol Obstet Fertil 201 ; 38 :48-57.

Rapport annuel du sou

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20, Londres : RCOG 2001.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20b, Londres : RCOG, décembre 2006.

ROZENBERG P, Lettre à la rédaction À propos du débat sur le siège À la question du mode d'accouchement du siège, la réponse est au-dessus de la ceinture, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 196-199.

ROZENBERG Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXI^e siècle ? Gynecol Obstet Fertil 2007;35:6-12.

SAMOUËLIAN V, Subtil D, Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose Tribune libre / Gynécologie Obstétrique & Fertilité 36 (2008) 3–5

SELA H, FIEGENBERG T, BEN-MEIR A, ELCHALAL U, EZRA Y, Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009;142: 111-114.

SU M, MCLEOD L, ROSS S, WILLAN A, HANNAH WJ, HUTTON E, ET AL. Term breech trial collaborative group: factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:740-5.

VAUDOYER F, Décision obstétricale dans la présentation du siège unique à terme (acceptation de la voie basse versus césarienne prophylactique cohorte de 1116 cas), thèse de médecine, Lyon, 1998.

VENDITTELLI F, RIVIERE O, MAMELLE N, et les obstétriciens du réseau sentinelle AUDIPOG. La présentation du siège à terme: évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du Réseau AUDIPOG. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31,3 : 261-272

VENDITTELLI F, ROCHE S, PONS J-C, MAMELLE N et les obstétriciens du Réseau sentinelle AUDIPOG La présentation du siège à terme : enquête sur les pratiques obstétricales en France et recherche d'une homogénéité d'attitudes associées à un moindre risque néonatal J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 577-588.

WHYTE H, HANNAH ME, SAIGAL S, HANNAH WJ, HEWSON S, AMANKWAH K, CHENG M, GAFNI A, GUSELLE P, HELEWA M, HODNETT ED, HUTTON E, KUNG R, MCKAY D, ROSS S, WILLAN A (Term Breech Trial Collaborative Group) Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 864-71.

Sites internet

www.aurore-perinat.org *Site du réseau Aurore*

www.cngof.asso.fr *Site du CNGOF*

www.ordre-sages-femmes.fr *Site de l'Ordre des sages-femmes*

www.gynepro.fr

www.has-sante.fr: *Site de la Haute Autorité de Santé*

-Informations des patients Recommandations destinées aux médecins (Mars 2000).

-Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée Avril 2008

www.sfmp.net: rapport des 33èmes journées nationales de SFMP - Nantes - 22 - 24 Octobre 2003.

www.sante.gouv.fr.

Textes législatifs

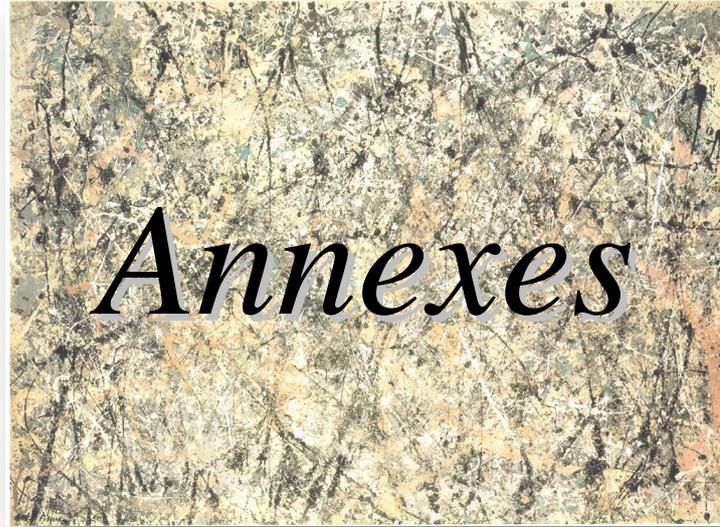
Code de déontologie des sages-femmes www.legifrance.gouv.fr

Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, BULLETIN OFFICIEL N°2002-2 www.sante.gouv.fr.

Article L6321-1 du code de la santé publique www.legifrance.gouv.fr

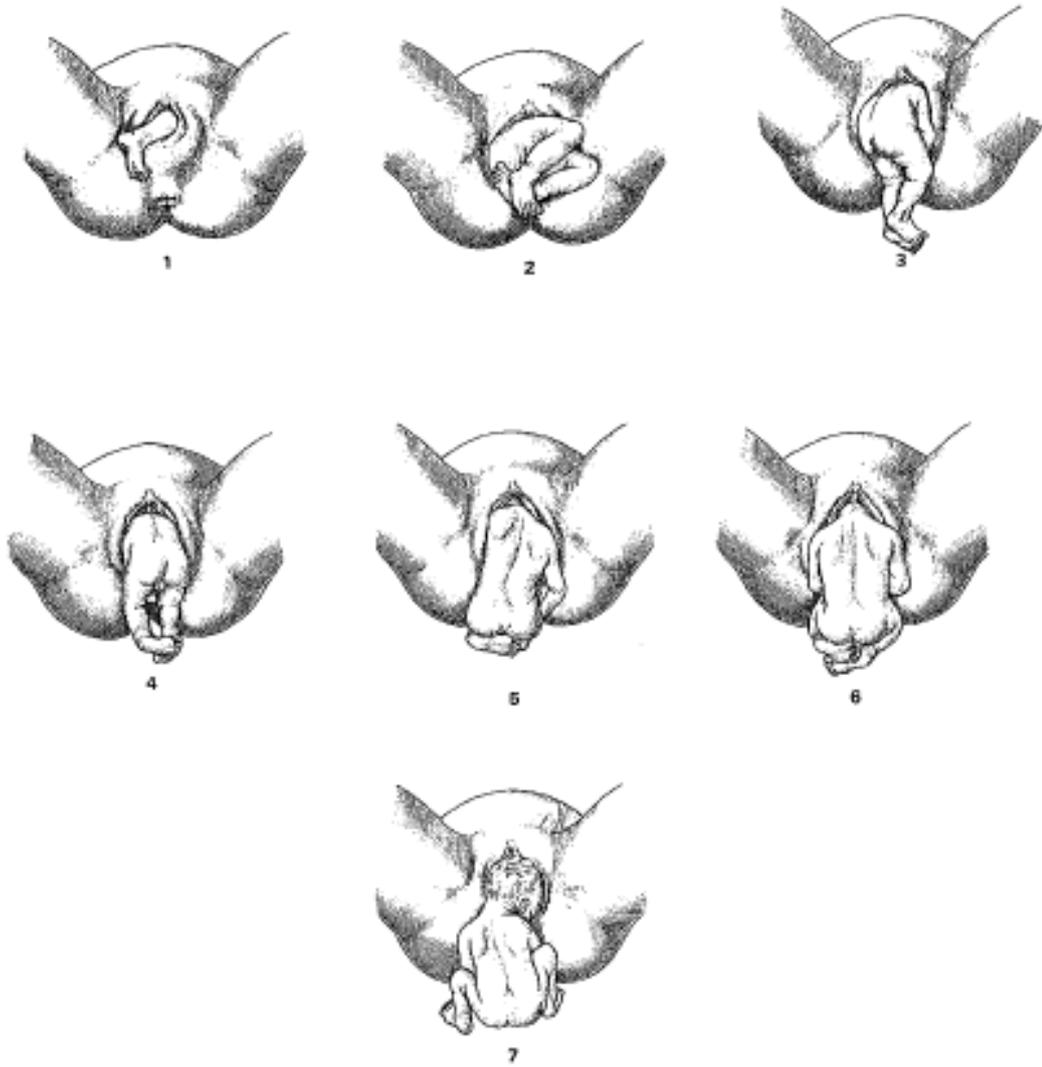
Documents non publiés

Convention d'adhésion du réseau périnatal AURORE



Annexe I

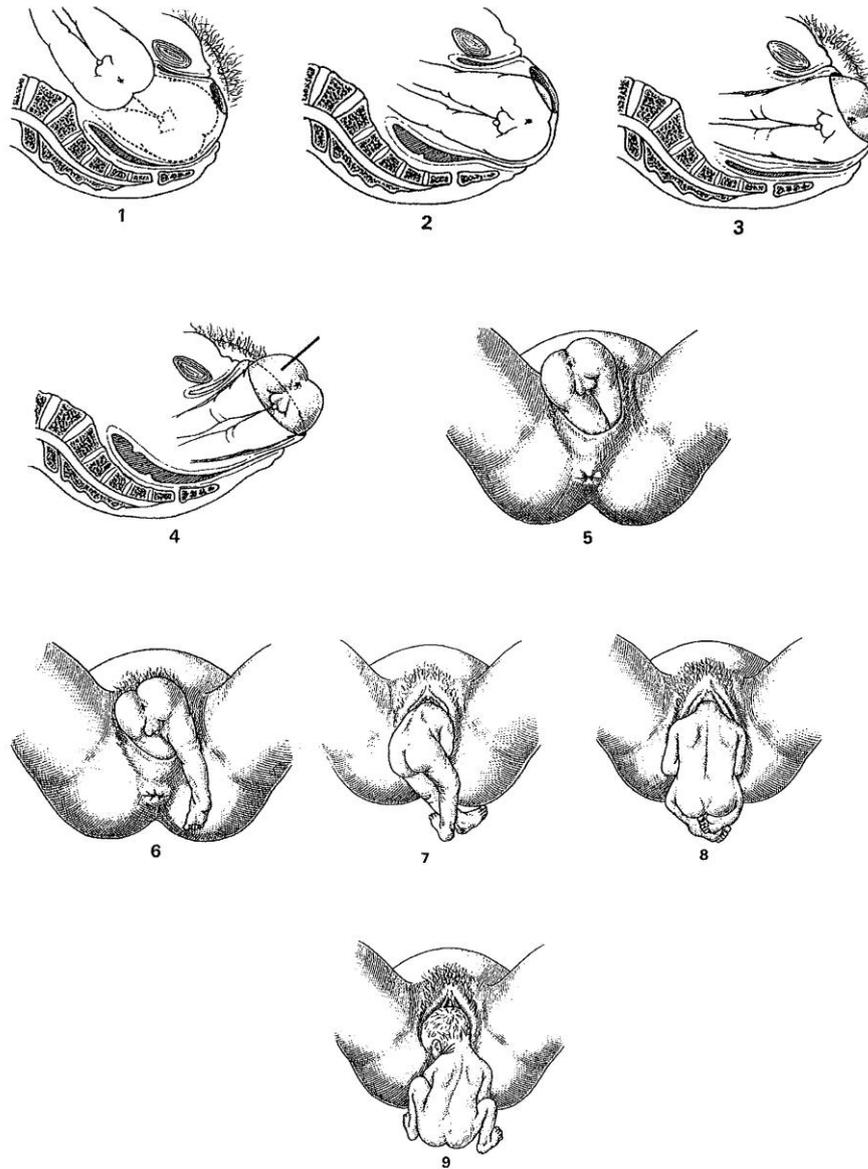
Figure 3 : Accouchement spontané du siège complet



Extrait : LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H., Pratique de l'accouchement, 3^{ème} éd éditions Masson, mai 2001.

Annexe II

Figure 4 : Accouchement spontané du siège décomplété mode des fesses



Extrait : LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H., Pratique de l'accouchement, 3^{ème} éd éditions Masson, mai 2001.

Annexe III

Figure 5 : Manœuvre de Bracht

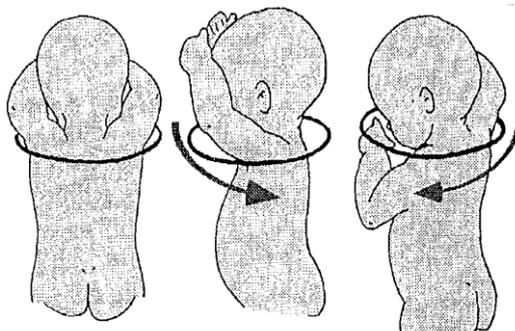


Extrait : CABROL D., PONS J.-C., GOFFINET F., *Traité d'obstétrique, Médecine science Flammarion, Paris, 2003.*

« 1949- Elle consiste, lorsque les omoplates fœtales apparaissent à la vulve, à saisir les cuisses du fœtus. On relève alors lentement et sans brutalité le tronc vers le haut en exerçant une traction modérée. Enfin on rabat le dos de l'enfant sur le ventre de la mère. Le plus souvent la tête fœtale sort spontanément. »

Extrait : SCHAAL J.-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M., *Mécanique et Techniques Obstétricales 3^{ème} édition, éd Sauramps Médical, Montpellier, 2007, 922p*

Figure 6 : Manœuvre de Lovset

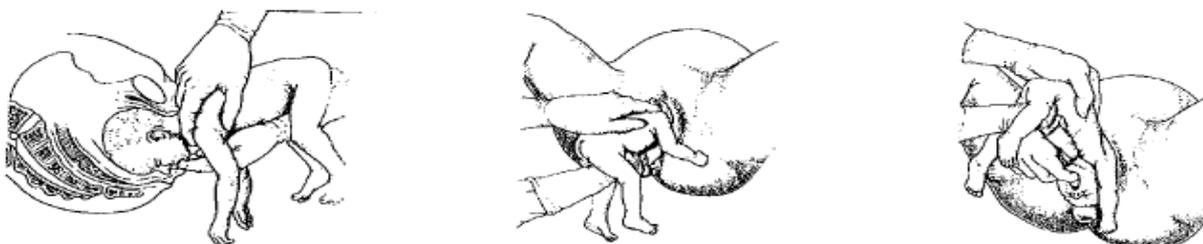


« 1937 – Le fœtus est saisi par le bassin entouré d'un champ, les 2 pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque. On effectue une traction du fœtus vers le bas et une première rotation du dos vers l'avant pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse, puis une rotation de 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, elle se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire. Une 2^{ème} rotation de 180° en sens inverse ramène l'ex-épaule antérieure à nouveau en antérieur sous la symphyse et elle se dégage. »

Extrait : SCHAAL J.-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M., *Mécanique et Techniques Obstétricales 3^{ème} édition, éd Sauramps Médical, Montpellier, 2007, 922p*

Annexe IV

Figure 7 : Manœuvre de Mauriceau



Extrait : LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H., *Pratique de l'accouchement*, 3^{ème} éd éditions Masson, mai 2001.

« 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. [...] On fléchit le pôle céphalique fœtal en amenant, sans violence le menton sur l'appendice xyphoïde. L'autre main exerce une traction synchrone sur les épaules fœtales en plaçant de part et d'autre du cou, sur les acromions, l'index et le majeur à la manière de bretelles. Cette traction [...] est orientée dans l'axe ombilico-coccygien. Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé. »

Extrait : SCHAAL J-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M., *Mécanique et Techniques Obstétricales* 3^{ème} édition, éd Sauramps Médical, Montpellier, 2007, 922p

La petite extraction

« La petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras et l'extraction de la tête dernière.

La traction se fait sur le bassin du fœtus entouré d'un champ stérile chaud, les 2 pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigts sur l'aile iliaque.

Orienter le bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur.

La traction vers le bas permet d'engager et de descendre les épaules.

Quand l'ombilic apparaît, faire une anse au cordon. [...]

On tire en bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse.

Pour dégager le bras antérieur on utilise la technique décrite par Lantuejou [...] « on fait se moucher le fœtus ». Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et, comme précédemment [...], on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus »

Extrait : SCHAAL J-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M., *Mécanique et Techniques Obstétricales* 3^{ème} édition, éd Sauramps Médical, Montpellier, 2007, 922p

Annexe V

Tableau 7 : Score de Denis : le Coefficient de Risque d'Accouchement par le Siège (CRAS)

Parité	1 âgée c = 4	1 - 2 c = 2	3 c = 1	4 c = 0
Taille	≤ 1,50 c = 4	1,50 - 1,60 c = 2	≥ 1,60 c = 0	
Bassin	Vicié c = 10	Limite c = 5	Normal c = 0	
Tête	stade 4 c = 4	stade 3 c = 1	stades 1-2 c = 0	
Poids	> 3 kg c = 2		< 3 kg c = 0	
Utérus	Cicatriciel c = 8	Malformé c = 2	Normal c = 0	
P. molles	Hypoplasiques c = 3		Normales c = 0	

CRAS < 10 : voie basse autorisée

CRAS ≥ 10 : césarienne

*Extrait : SCHAAL J-P., RIETHMULLER D., MAILLET R., UZAN M., Mécanique et Techniques Obstétricales
3^{ème} édition, éd Sauramps Médical, Montpellier, 2007, 922p*

Annexe VI

Code de la santé publique

- Partie législative
 - Sixième partie : Etablissements et services de santé
 - Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires, télémédecine et autres services de santé
 - Titre II : Autres services de santé
 - Chapitre Ier : Réseaux de santé

Article L6321-1

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003

Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 17 JORF 6 septembre 2003

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Annexe VII

Extraits de la convention d'adhésion du réseau périnatal AURORE (AG du 14.04.2005)

Article 1 : Objet de la Convention

La présente Convention est constitutive, entre les établissements de santé signataires des présentes, et ceux qui y adhéreront ultérieurement, d'un réseau de santé portant sur la périnatalité, dont l'objet est :

1. De permettre aux praticiens des établissements adhérents du présent Réseau périnatal du Grand Lyon, d'exercer leur art dans le respect des règles et recommandations pour la pratique clinique définies par la communauté médicale.
2. De mettre à la disposition des patients et des praticiens, des établissements de santé conformes aux législations et réglementations applicables aux activités de maternité et de néonatalogie.
3. De mettre en œuvre les plans d'action décidés par le Conseil de réseau, notamment en matière d'évaluation, de savoirs et pratiques, d'informatique et de communication.
4. De mettre en œuvre tous les moyens requis par les autorisations délivrées aux établissements en matière d'obstétrique et de néonatalogie, en fonction du degré de prise en charge auquel est admis l'établissement concerné et des financements alloués à cet effet.
5. D'articuler fonctionnellement et juridiquement les organisations adoptées respectivement par la communauté médicale en exercice au sein des établissements adhérents du présent Réseau périnatal du Grand Lyon, et par les ledits établissements.
6. De concourir à une prise en charge coordonnée entre les différents établissements exerçant une activité d'obstétrique et/ou de néonatalogie, et les professionnels intervenant dans le cadre de suivi de grossesses ou de prise en charge en postpartum.
7. De réaliser des actions de formation professionnelle et continue à l'attention des membres du réseau.
8. De contribuer à l'amélioration du suivi et de la prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.

Article 7 : Cadre géographique du Réseau

Le présent Réseau est constitué entre des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des conseils généraux, des associations et des structures médicosociales, situés dans le cadre géographique délimité par les bassins de santé n° 1 (Bourg en Bresse), 2 (Valence), 3 (Montélimar), 7 (Villefranche), 8 (Lyon-est), 9 (Lyon-Centre et Nord) et 10 (Lyon-Sud et Ouest) de la Région Rhône-Alpes. Est en outre réputé situé dans le cadre géographique de la Convention, tout établissement de santé sis de manière immédiatement contiguë à l'un des secteurs sanitaires précités.

Article 12 : Les plans d'action du Réseau

Sous l'impulsion du Conseil de réseau, les établissements membres et les professionnels de santé qui y exercent, les professionnels exerçant en secteur libéral de ville, les professionnels exerçant au sein des collectivités locales, les professionnels exerçant au sein de structures médico-sociales et les membres des associations participeront à la mise en œuvre des plans d'action qui seront définis. Ils conviennent de se conformer aux conclusions des commissions spécialisées, mises en place notamment en matière d'évaluation, de savoirs et pratiques, d'informatique et de communication, une fois ces conclusions reprises dans des documents de consensus établis par le Conseil de réseau dans le respect des dispositions légales et réglementaires alors applicables. Ils conviennent surtout de permettre la mise en œuvre efficace des procédures d'orientation et de transfert selon les instructions données par les praticiens ayant pour référence des protocoles médicaux ayant valeur de référentiels qu'ils auront établis et qui seront annexés à la présente, notamment dans les domaines suivants :

- organisation des activités de diagnostic anténatal,
- organisation des soins périnataux,
- harmonisation des pratiques médicales,
- organisation des transferts in-utéro et néonataux.

Cette définition de valeurs partagées aura naturellement vocation à être ajustée, en fonction des démarches d'évaluation et de l'éventuelle parution de nouvelles dispositions légales ou réglementaires, par ceux à qui incombe cette responsabilité.

Un réexamen annuel de ces valeurs consensuelles du Réseau est de rigueur, serait-il de pure forme.

Les valeurs consensuelles nouvellement définies devront prévoir le délai de leur propre mise en œuvre ou de leur entrée en vigueur, dans le respect des délais éventuellement impartis par des normes supérieures s'imposant à la Convention, mais en tenant compte dans la mesure du possible des contraintes nouvelles qu'ils feront peser sur les membres adhérents.

Annexe VIII
Présentation du siège à terme :
Enquête sur les politiques de prise en charge des maternités du réseau
AURORE.

✓ Nom de la maternité :

✓ Niveau de la maternité:

✓ La présence médicale au sein de la maternité :

Votre maternité accueille-t-elle des internes ?

Oui	Non
-----	-----

Concernant l'équipe **obstétricale**, les gardes de **jours** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante):

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

Concernant l'équipe **obstétricale**, les gardes de **nuits** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante):

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

Concernant l'équipe **pédiatrique**, les gardes de **jours** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante) :

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

Concernant l'équipe **pédiatrique**, les gardes de **nuits** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante):

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

Concernant l'équipe **d'anesthésie**, les gardes de **jours** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante):

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

Concernant l'équipe **d'anesthésie**, les gardes de **nuits** sont elles effectuées (entourez la réponse correspondante):

Par l'interne	Sur place	A domicile
Par le sénior	Sur place	A domicile

- ✓ Existe t il un protocole dans votre service pour la décision de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, pouvez-vous nous le fournir ?

Oui	Non
-----	-----

Pour me permettre de faire le lien entre la théorie d'une politique et sa mise en pratique, les données d'activités de votre maternité me sont utiles, ainsi m'autorisez-vous à utiliser celles transmises au réseau AURORE ?

Oui	Non
-----	-----

Précisions sur le questionnaire :

Pour décrire de façon plus fine la pratique de l'équipe obstétricale vis-à-vis du siège, nous utilisons souvent quatre attitudes possibles : jamais, parfois, souvent, systématiquement (remplacé parfois par systémat).

- ✓ Nous entendons par jamais une attitude réalisée dans aucun cas
- ✓ Nous entendons par parfois une attitude réalisée de façon occasionnelle par exemple réalisée 2 à 3 fois sur 10 pour une situation donnée.
- ✓ Nous entendons par souvent une attitude réalisée de façon fréquente, par exemple, réalisée 7 à 8 fois sur 10 pour une situation donnée.
- ✓ Nous entendons par systématiquement une attitude réalisée de façon automatique, par exemple, réalisée dans 10 cas sur 10 pour une situation donnée.

Partie I. Attitude après le diagnostic d'une présentation en siège à l'échographie de 32 sa

I.A La VME

Généralités

I.A.1 En dehors des contre-indications absolues proposez-vous une Version par Manœuvre Externe (entourez la réponse qui vous convient):

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

Les questions qui suivent concernent la VME, si votre service n'en fait jamais vous pouvez directement passer à la partie I.B. page 6

I.A.2 Concernant le consentement de la patiente pour la VME (cochez la case correspondante à votre attitude) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. Il est demandé				
b. Vous conservez un accord écrit dans le dossier médical				

I.A.3 Disposez-vous d'une fiche d'information destinée aux patientes propre à votre service ?

Oui	Non
------------	------------

I.A.3.a Si oui, l'utilisez-vous :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

I.A.4 Utilisez-vous la fiche d'information destinée aux patientes du CNGOF?

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

*systematiquement

Pratique de la VME

I.A.5 Parmi les situations suivantes quelles sont celles pour lesquelles vous acceptez une VME ? (cochez la case correspondante):

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Utérus unicatriciel				
b. Grande multiparité				
c. Insuffisance LA (ILA entre 5 et 8 cm)				
d. Localisation antérieure du placenta				
e. RCIU modéré				

I.A.6 Quand s'effectue la programmation de la VME dans votre service ? (cochez la case qui vous convient pour chaque situation) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Pour une multipare : avant 37 SA				
b. Pour une multipare : après 37 SA				
c. Pour une nullipare : avant 37 SA				
d. Pour une nullipare : après 37 SA				

I.A.7 Quelle est votre attitude en cas d'échec de la première VME, en l'absence de survenue de nouvelles contre indications ? :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Une nouvelle tentative est reconduite d'emblée				
b. La patiente est reconvoquée pour une nouvelle tentative				

I.A.8 Combien d'essais de VME, proposez-vous en général après échec d'une première VME (entourez la réponse correspondant à vos habitudes)?

Aucun	1	2	3 ou plus
-------	---	---	-----------

I.A.9 Concernant la technique de la VME (cochez la case qui s'applique le mieux à votre attitude) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Elle a lieu en salle de naissance (à proximité de la salle de césarienne)				
b. Elle est précédée d'un examen clinique, d'une échographie, d'un RCF				
c. La patiente est sous analgésie loco-régionale				
d. Utilisation d'une tocolyse				

e. En cas de prescription de tocolyse, quel médicament utilisez-vous ?

I.A.10 Dans votre service la VME est pratiquée par (cochez la case correspondante):

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. L'obstétricien ayant indiqué la VME				
b. L'obstétricien de garde				
c. L'interne de garde				

I.A.11 La patiente ayant eu une VME, est elle revue dans les 48h pour un enregistrement de RCF et une vérification de la présentation (entourez votre réponse) ?

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
--------	---------	---------	------------------

I.A.12 En cas d'échec de VME, que pratiquez-vous ? :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. Une césarienne prophylactique				
b. Des examens complémentaires pour décider de la voie d'accouchement				

Partie I. Attitude après le diagnostic d'une présentation en siège à l'échographie de 32 sa –suite-

I.B Alternative à la VME

I.B.1 Après le diagnostic d'une présentation du siège, utilisez-vous des méthodes naturelles pour faciliter la version spontanée du siège (entourez la réponse)?

OUI	NON
------------	------------

I.B. Si oui :

I.B.2 a. Proposez-vous une méthode pour favoriser la version spontanée du siège dès le diagnostic (vers 32sa) ? (entourez la proposition correspondante) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

b. Quelle est alors la (ou les) méthode(s) que vous utilisez ?

I.B.3 a. Proposez-vous une méthode pour favoriser la version spontanée du siège en alternative à la VME ? (entourez la proposition qui vous convient) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

b. Quelle est alors la (ou les) méthode(s) que vous utilisez ?

I.B.4 a. Proposez-vous une méthode pour favoriser la version spontanée du siège après l'échec d'une VME ? (entourez la proposition qui vous convient) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

b. Quelle est alors la (ou les) méthode(s) que vous utilisez ?

Partie II. Avant d'accepter la voie basse :
Critères cliniques et para cliniques d'acceptation

Votre service a-t-il une politique de césarienne systématique en cas de présentation du siège ?

OUI	NON
------------	------------

Si oui à quel terme est pratiqué la césarienne ?.....

*Les questions suivantes concernent les critères d'acceptabilités pour une tentative d'accouchement du siège par voie basse, si votre service pratique des césariennes prophylactiques systématiques en cas de présentation du siège pour pouvez passer à la **Partie III page 12***

II. A Examens pratiqués

II.A 1 Parmi les examens suivants, quels sont ceux que vous réalisez ? (cochez pour chaque proposition la fréquence qui convient le mieux à votre pratique):

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Radiopelvimétrie				
b. Estimation du poids fœtal : par échographie				
c. Estimation du poids fœtal : par la clinique				
d. Biométrie céphalique				
e. Recherche de déflexion primaire de la tête fœtale par un contenu utérin				
f. Recherche de déflexion primaire de la tête fœtale par une échographie				

g. Réalisez-vous d'autre(s) examen(s) non cité(s) (entourez la réponse) ?

OUI	NON
------------	------------

h. Si oui, de quel(s) examen(s) s'agit-il ?

i. A quelle fréquence sont ils réalisés ?

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

Partie II. Avant d'accepter la voie basse :

Critères cliniques et para cliniques d'acceptation –suite-

Les valeurs proposées sont inspirées des résultats retrouvés dans les travaux de F. Venditelli et collaborateurs « La présentation du siège à terme : enquête sur les pratiques obstétricales en France et recherche d'une homogénéité d'attitudes associées à un moindre risque néonatal » (2002) et Michel S et al « Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU français » (2009)

II.B CONFRONTATION CEPHALO-PELVIENNE :

Critères maternels

II.B.1. Parmi les valeurs suivantes, entourez pour chaque diamètre, la valeur du bassin maternel chez une PRIMIPARE que vous trouvez minimale:

a. Promonto Rétro Pubien (diam antéro-postérieur)	≥ 120 mm	≥110 mm	≥105 mm	entre 95 et 105 mm
---	----------	---------	---------	--------------------

b. Transverse Médian	≥ 125 mm	120 mm		Entre 110 et 120 mm
----------------------	----------	--------	--	---------------------

c. Bi- sciatique	≥ 105 mm	≥100 mm		Entre 95 et 100 mm
------------------	----------	---------	--	--------------------

d. Seuil minimal accepté pour l'indice de Magnin :..... Mm

II.B.2. Parmi les valeurs suivantes, entourez pour chaque diamètre, la valeur du bassin maternel chez une MULTIPARE que vous trouvez minimale:

a. Promonto Rétro Pubien (diam antéro-postérieur)	≥ 120 mm	≥110 mm	≥105 mm	entre 95 et 105 mm
---	----------	---------	---------	--------------------

b. Transverse Médian	≥ 125 mm	120 mm		Entre 110 et 120 mm
----------------------	----------	--------	--	---------------------

c. Bi- sciatique	≥ 105 mm	≥100 mm		Entre 95 et 100 mm
------------------	----------	---------	--	--------------------

d. Seuil minimal accepté pour l'indice de Magnin :..... Mm

II.B.3 a. Utilisez-vous d'autre(s) valeur(s) décisionnelle(s) maternelle(s) non citée(s) précédemment ?

OUI	NON
------------	------------

b. Si oui, de quelle(s) valeur(s) s'agit-il ?

c. Les utilisez-vous : (entourez la réponse correspondant à vos habitudes)

Chez la primipare	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
-------------------	--------	---------	---------	-----------

Chez la multipare	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
-------------------	--------	---------	---------	-----------

Partie II. Avant d'accepter la voie basse :
Critères cliniques et para cliniques d'acceptation –suite-

II.C CONFRONTATION CEPHALO-PELVIENNE :
Critères fœtaux (singleton à terme)

II.C.1. Parmi les valeurs suivantes, entourez pour chaque proposition, la valeur des dimensions fœtales que vous considérez comme valeur seuil chez une PRIMIPARE :

a. PFE maximal	≤ 4200 g	≤4000 g	≤3800 g
----------------	----------	---------	---------

b. PFE minimal	2000 g	2500 g
----------------	--------	--------

c. BIP	≤95 mm	≤98mm	≤100mm	≤105mm
--------	--------	-------	--------	--------

II.C.2. Parmi les valeurs suivantes, entourez pour chaque proposition, la valeur des dimensions fœtales que vous considérez comme valeur seuil chez une MULTIPARE:

a. PFE maximal	≤ 4200 g	≤4000 g	≤3800 g
----------------	----------	---------	---------

b. PFE minimal	2000 g	2500 g
----------------	--------	--------

c. BIP	≤95 mm	≤98mm	≤100mm	≤105mm
--------	--------	-------	--------	--------

II.C.3.a. Utilisez-vous d'autre(s) valeur(s) décisionnelle(s) concernant le fœtus non citée(s) précédemment ?

OUI	NON
------------	------------

b. Si oui, de quelle(s) valeur(s) s'agit-il ?

c. Les utilisez-vous : (entourez la réponse correspondant à vos habitudes)

Chez la primipare	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
-------------------	--------	---------	---------	-----------

Chez la multipare	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
-------------------	--------	---------	---------	-----------

Partie II. Avant d'accepter la voie basse :
Critères cliniques et para cliniques d'acceptation –suite-

II.D Cas particuliers

II.D.1 Parmi les situations obstétricales suivantes, quelles sont celles pour lesquelles vous acceptez une tentative d'accouchement voie basse ? (cochez la case qui correspond à votre pratique)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Primiparité				
b. Utérus unicatriciel				
c. Siège complet				
d. RCIU				
e. RSM				
f. Macrosomie (fœtus supérieur au 90 ^e percentile pour l'âge gestationnel)				
g. Antécédent de déchirure périnéale du 3 ^e degré				

II.D.2 a. L'âge maternel, notamment celui de la primipare, influence-t-il votre prise en charge ?

OUI	NON
------------	------------

Si oui, de quelle façon l'âge de la primipare influence-t-il votre pratique ? (pour chaque proposition entourez celle qui correspond à votre pratique) :

b. Vous acceptez l'accouchement voie basse chez une primipare âgée (> 35 ans) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

c. Vous acceptez l'accouchement voie basse chez une primipare jeune

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

II.D.3 a. L'Indice de Masse Corporelle (Poids/Taille²) influence-t-il votre prise en charge ?

OUI	NON
------------	------------

Si, oui, de quelle façon l'IMC influence-t-il votre pratique ? (Pour chaque proposition entourez celle qui correspond à votre pratique) :

b. Vous acceptez l'accouchement voie basse en cas de maigreur (IMC inférieur à 18,5) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

c. Vous acceptez l'accouchement voie basse en cas d'obésité (IMC entre 30 et 35) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

d. Vous acceptez l'accouchement voie basse en cas d'obésité sévère (IMC entre 35 et 40) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

e. Vous acceptez l'accouchement voie basse en cas d'obésité morbide et plus (IMC supérieur à 40) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

Partie III. DECISION DU MODE D'ACCOUCHEMENT

III.A Décision du professionnel

III.A.1. L'acceptation ou le refus de la voie basse dans votre service, est elle une décision collégiale (entourez votre réponse)?

OUI	NON
------------	------------

Si **oui**, sous quelle forme à lieu cette discussion entre professionnels ?

III.A.1.a. Lors d'une réunion de staff d'obstétrique (entourez votre réponse) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

III.A.1.b. Lors d'une discussion informelle entre professionnels (entourez votre réponse) :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

III.A.2 Si non, la décision du mode d'accouchement est elle uniquement prise par le médecin qui suit la patiente ?

OUI	NON
------------	------------

III.B Décision de la patiente

III .B Concernant le consentement de la patiente, entourez votre attitude :

III.B.1 Vous le demandez :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

III.B.2 Vous conservez un accord écrit dans le dossier EN CAS D'ACCEPTATION DE LA VOIE BASSE :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

III.B.3 Vous conservez un accord écrit dans le dossier EN CAS DE REFUS DE LA VOIE BASSE :

Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
---------------	----------------	----------------	-------------------------

III.C Information

III.C Maintenant, en ce qui concerne l'information :

III.C.1 a. Disposez-vous d'une fiche d'information concernant la présentation du siège destinée aux patientes propre à votre service ?

OUI	NON
------------	------------

III.C.1.b. Utilisez-vous la fiche d'information destinée aux patientes du réseau AURORE (« Présentation du siège » validée le 02.10.2008)?

OUI	NON
------------	------------

**Partie IV. GESTION DE L'ACCOUCHEMENT EN CAS
D'ACCEPTATION DE LA VOIE BASSE**

IV.A L'entrée en travail

IV.A. 1 Lors de l'entrée en travail d'une patiente pour laquelle la voie basse a été acceptée, effectuez-vous les examens complémentaires suivants (cochez la case correspondante) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Vérification du mode de présentation par échographie				
b. Échographie biométrique				

c. Réalisez-vous d'autres examens complémentaires ?

OUI	NON
-----	-----

d. Si OUI, lesquels ?

IV. A. 2 Lors de l'entrée en travail d'une patiente pour laquelle la voie basse a été acceptée, les sages-femmes préviennent les médecins suivants (cochez la case correspondante) :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Sénior				
b. Interne de spé				
c. Anesthésiste				
d. Pédiatre				

IV.B Le déclenchement du travail

IV.B.1 Quelle est l'attitude de votre service vis-à-vis du déclenchement du travail chez une patiente pour laquelle la voie basse a été acceptée ? (cochez la case correspondante)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Vous acceptez un déclenchement du travail				
b. Vous acceptez un déclenchement en cas de RSM à terme (après 37 SA)				

c. Avez-vous d'autres conditions pour autoriser un déclenchement du travail en cas de présentation du siège chez une patiente pour qui la voie basse a été acceptée ? :

IV.B.2 En cas d'acceptation de déclenchement, quelles méthodes utilisez-vous (pour chaque méthode proposée cochez la fréquence qui correspond à la pratique de votre service) ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. RAM/Synto				
b. Synto seul				
c. Méthodes locales : Gel				
d. Méthodes locales : Propess®				

IV.C Le travail du siège

IV.C.1 Concernant le travail d'une patiente pour laquelle la voie basse a été acceptée et en l'absence de pathologies associées, par qui est assuré son suivi ? (pour chaque proposition de professionnel cochez la case qui correspond)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. La sage femme de garde				
b. L'étudiante sage femme de garde				
c. L'interne (spé) d'obstétrique				
d. L'obstétricien de garde				

IV.C.2 Concernant la prise en charge du travail, cochez, pour chaque proposition, l'attitude de votre service)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. La surveillance du RCF se fait en continu				
b. Vous incitez les patientes a accepter la pose de l'APD				
c. Vous pratiquez la rupture tardive des membranes				
d. Vous effectuez la direction du travail par syntocinon				

IV. C.3 Parmi les situations suivantes, quelles sont les indications de césarienne spécifiques au cours du travail du siège (en dehors d'anomalies du RCF): (cochez les réponses)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systemat*
a. Stagnation de la dilatation de 1h malgré correction de l'hypocinésie par une perfusion d'ocytocique				
b. Stagnation de la dilatation de 2 h malgré la correction de l'hypocinésie par une perfusion d'ocytocique				
c. Procidence du cordon au cours du travail				
d. Procidence du cordon à dilatation complète				

IV.D L'accouchement du siège (singleton à terme)

Les questions concernent les patientes pour lesquelles un accouchement voie basse a été accepté

IV.D.1 a. Dans votre service l'accouchement d'un enfant en présentation du siège a lieu en salle de naissance « classique » (entourez la réponse qui reflète votre pratique):

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
--------	---------	---------	------------------

IV.D.1 b. Dans votre service l'accouchement d'un enfant en présentation du siège a lieu au bloc césarienne :

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
--------	---------	---------	------------------

IV.D.2. Lors de l'accouchement, avez-vous les forceps à portée de main ?

Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
--------	---------	---------	------------------

IV.D.3 Dans votre service, par qui est dirigé l'accouchement ? (pour chaque praticien, cochez la case reflétant les habitudes de votre service)

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. La sage femme de garde				
b. L'étudiante sage femme de garde				
c. L'obstétricien de garde				
d. L'interne d'obstétrique de garde				
e. L'externe de garde				

IV.D.4 Quels sont les médecins présents lors de l'accouchement ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. Sénior de garde				
b. Interne d'obstétrique				
c. Pédiatre				
d. Anesthésiste				

IV.D.5 Parmi les gestes suivants, indiquez en cochant la case correspondante, quels sont ceux que vous effectuez à l'accouchement :

	Jamais	Parfois	Souvent	Systémat*
a. L'épisiotomie				
b. L'aide à l'expulsion par la manœuvre de Lovset				
c. L'aide à l'expulsion par la manœuvre de Bracht seule				
d. L'aide à l'expulsion par les manœuvres de Lovset et de Bracht				
e. La délivrance dirigée				

f. Réalisez-vous d'autre(s) manœuvre(s) que celles citées précédemment?

OUI	NON
-----	-----

g. Si oui laquelle ou lesquelles ?

h. A quelle fréquence ?

Parfois	Souvent	Systématiquement
----------------	----------------	-------------------------

Annexe IX

Résultats de l'enquête dans les maternités du réseau AURORE sur les politiques de prise en charge du siège.
LaVME

Graphique7 : Fréquence de réalisation des VME au sein du réseau AURORE selon le terme et la parité (N=16)

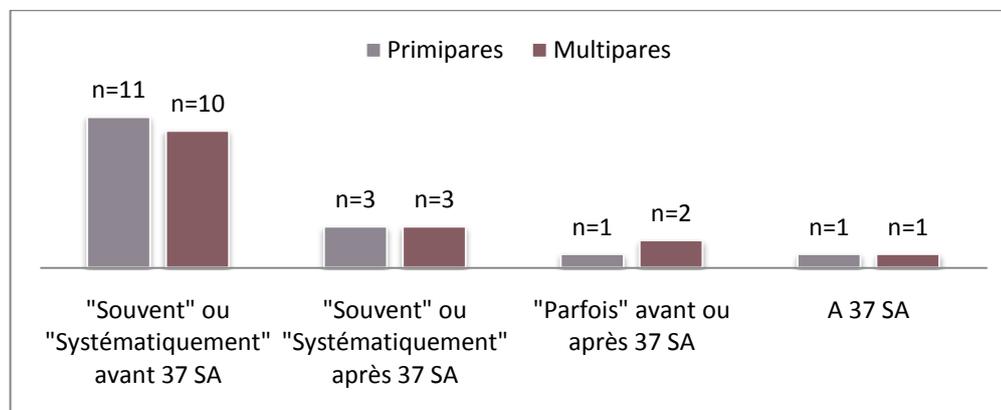


Tableau8 : Critères d'acceptation de la VME en cas de présentation podalique (N=16)

	Jamais n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Systématiquement n (%)
Utérus cicatriciel	13 (81.25%)	3 (18.75%)	0	0
Grande multiparité	0	5 (31.25%)	3 (18.75%)	8 (50%)
Insuffisance de liquide amniotique	6 (37.5%)	7 (43.75%)	2 (12.5%)	1 (6.25%)
Localisation antérieure du placenta	6 (37.5%)	4 (25%)	4 (25%)	2 (12.5%)
RCIU modéré	5 (31.25%)	5 (31.25%)	6 (37.5%)	0

Critères d'acceptation de la voie basse

Graphique8 : Seuils du BIP chez les primipares et les multipares

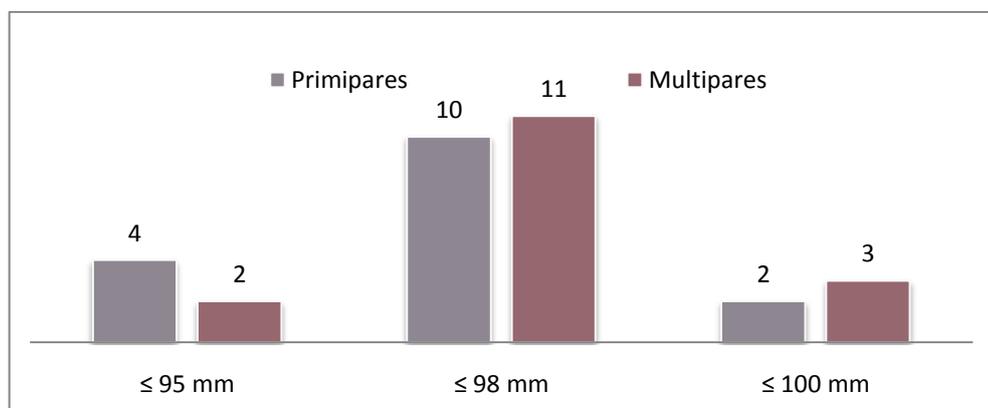


Tableau9 : Critères restrictifs rajoutés à la confrontation foetopelvienne et à l'absence de déflexion de la tête fœtale selon les maternités

Maternité	Primipare	Utérus cicatriciel	Siège complet	RCIU	RSM	Antécédent de Déchirure périnéale du 3°D	Âge maternel	IMC maternel	Total des contraintes
1		1	1	1	1/2	1	NON	OUI	5.5
2	1	1		1	1	nsp	OUI	OUI	6
3		1			1/2	1	OUI	NON	3.5
4	1	1		1/2	1/2	1/2	OUI	NON	4.5
5	1/2	1		1/2	1/2	1/2	NON	OUI	4
6			1	1	1	1/2	OUI	OUI	5.5
7	1	1	1	1	1/2	1	OUI	OUI	7.5
8	1/2	1	1	1	1/2	1	OUI	OUI	7
9	1	1	1/2	1/2		1	OUI	OUI	6
10	1/2	1/2		1/2	1/2	1/2	NON	NON	2.5
11	1/2	1	1	1/2	1	1/2	OUI	OUI	6.5
12		1	nsp	1		1	NON	NON	3
13	1/2	1	1	1	1/2	1/2	NON	NON	4.5
14		1		1/2		1	OUI	NON	3.5
15		1				1/2	OUI	OUI	3.5
16	1/2	1	1/2	1/2	1/2	1	OUI	OUI	5.5

Un coefficient de 1 est attribué pour une attitude effectuée « parfois » et de ½ pour une attitude adoptée « systématiquement ».

Tableau10 : Fréquence de l'utilisation des manœuvres obstétricales en cas de présentation du siège à terme.

	N=16	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Lovset	n= 15	0	3 (20)	10 (66.7)	1 (6.7)
Bracht	n=16	1 (6.25)	6 (37.5)	9 (56.25)	0
Lovset et Bracht	n=16	0	5 (31.25)	9 (56.25)	2 (12.5)
Autres	n=16		6 (37.5)	3 (18.75)	
Parmi les autres manœuvres citées : -Mauriceau -Deventer-Miller -Forceps tête dernière	n=9		5 (55.5) 1 (11.1) 3 (33.3)	1 (11.1) 1 (11.1) 1 (11.1)	

Annexe X

Comment faciliter la version spontanée ? Les méthodes posturales.

Extraits des « Méthodes alternatives à la VME en cas de présentation du siège » de G. BOOG.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33 :94-98

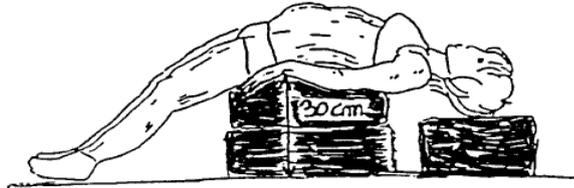


Figure 8: Le « Pont passif » de Bayer

Le but de cette techniques Inca est de surélever les vertèbres lombaires de 30 à 35 centimètres et de garder cette position environ 20 minutes, matin et soir tous les jours.



Figure 9: La Version « Indienne »

La « version indienne » consiste à faciliter la version spontanée en surélevant le pelvis maternel et en réalisant une abduction des cuisses, avec une relaxation musculaire à l'aide d'une respiration abdominale profonde

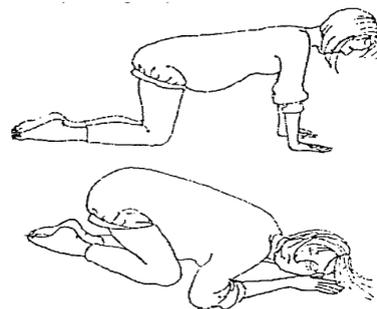


Figure10 : La position genu-pectoral

La patiente se met à genoux, et prend appui sur les mains. Après une détente musculaire complète et une série de respirations profondes, elle fléchit les genoux et pose les avant-bras et les coudes au sol, la posture est maintenue trois fois par jour.

Comment faciliter la version spontanée ? L'acupuncture

L'acupuncture est une technique millénaire venue de Chine qui consiste à placer dans la peau des aiguilles pour d'obtenir un effet thérapeutique, réflexe ou analgésiant. C'est « une médecine énergétique » qui fait appel aux ressources propres du corps de la maman et de son bébé.

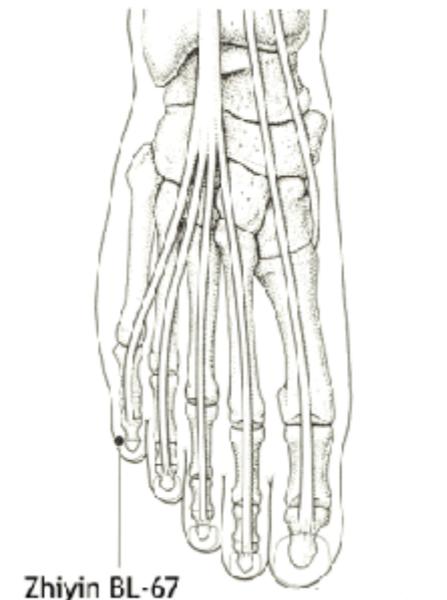


Figure 11 :Point BL-67 stimulé par l'acupuncture dans la version du siège.

Dans la médecine chinoise, il existe un point de stimulation (point BL67), appelé Zhiyin, à proximité de l'angle externe de l'ongle du 5ème orteil. Ce point peut être stimulé par des aiguilles d'électro acupuncture, par le froid à l'aide d'une pâte de gingembre frais et par la chaleur libérée par la combustion d'une plante (*Artemisia vulgaris*) appelée Moxibustion.

RÉSUMÉ :

Le siège représente 3 à 4% des présentations fœtales à terme. Dès l'Antiquité il intrigue inquiète et suscite les polémiques les plus vives. Avec l'avènement de la césarienne au XXème siècle les débats passionnés entre partisans de la voie basse et défenseurs de la voie haute alimentent de nombreuses études aux résultats variables. La voie chirurgicale est une option de plus en plus adoptée dans le monde comme en France.

La publication du Term Breech Trial de Hannah et coll. en 2000 souhaite clore le débat en condamnant l'accouchement par voie vaginale en cas de siège. Elle engendre immédiatement une modification des recommandations des collèges anglo-saxons et une augmentation du taux de césarienne dans tous les pays occidentaux. Pourtant l'étude fait l'objet de controverses et révèle de nombreuses limites mettant en cause son extrapolation en France.

En 2004 Goffinet et al. réhabilitent l'accouchement voie basse avec PREMODA, ne relevant pas une différence de morbidité sévère ou de mortalité selon l'option d'accouchement, contrairement à l'équipe du Term Breech Trial.

Dix ans après la publication de Hannah et six ans après celle de PREMODA, alors que la question de la conduite à tenir en cas de présentation du siège unique à terme reste ouverte, et que la périnatalité s'organise en réseau, quelles sont les pratiques des maternités du réseau AURORE ?

Cette étude s'intéresse aux pratiques des maternités du réseau AURORE : de la découverte du siège, à la gestion de l'accouchement, en passant par la version par manœuvres externes.

TITRE : La présentation du siège unique à terme : Enquête sur les politiques de prise en charge des maternités du réseau AURORE.

MOTS-CLEFS : Présentation du siège – VME – Accouchement voie basse - Césarienne

Adresse de l'auteur :

Jennifer Thomé

3, rue Andrée Merle

Cidex 23

89230 PONTIGNY

Jennifer.thome@wanadoo.fr