



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne de Metz

*L'accouchement du siège :*

*Evaluation de la formation des étudiants sage-  
femme 4<sup>e</sup> année des écoles du Grand Est*

Mémoire présenté et soutenu par

Raphaëlle PROSI

Promotion 2006-2010

# SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	<i>p.4</i>
<b>Chapitre 1 : La formation des sages-femmes</b>	<b>p.6</b>
1. Evolution du programme de la formation initiale	p.6
2. Le suivi du travail et l'expulsion de la présentation podalique :	
Conduites à tenir	p.9
2.1. Le suivi du travail	p.9
2.2. Les manœuvres	p.12
3. Psychologie cognitive	p.19
3.1. Définition	p.19
3.2. Principes fondamentaux	p.19
3.3. Les fonctions de stockage : apprentissage et organisation des connaissances	p.23
<b>Chapitre 2 : Enquête par questionnaire auprès des étudiants sage-femme</b>	
<b>4<sup>e</sup> année du Grand Est</b>	<b>p.25</b>
1. Matériel et méthode	p.26
2. Réponses au questionnaire	p.27
2.1. Les écoles de sage-femme	p.27
2.2. Formation théorique	p.28
2.3. Formation pratique sur mannequin	p.29
2.4. Formation en stage	p.31
2.5. Perception de l'accouchement du siège	p.35
2.6. Etat des lieux des connaissances	p.37
2.7. Pratique sur les lieux de stage	p.44
2.8. Etudiants ayant vu ou pratiqué l'accouchement du siège VS ceux n'en ayant pas vu	p.46

<b>Chapitre 3 : Résultats de l'étude et exploitation</b>	<b>p. 52</b>
1. De la formation théorique à la pratique du siège	p.53
1.1. Formation théorique	p.53
1.2. Formation pratique sur mannequin	p.53
1.3. Formation clinique en stage	p.55
1.4. Perception de l'accouchement du siège et de la formation initiale	p.57
1.5. Etat des lieux des connaissances	p.58
1.6. Influence réelle de la pratique sur perception d'une situation et sur l'acquisition des connaissances	p.62
<i>Conclusion</i>	<i>p.65</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>p.66</i>
<i>Table des matières</i>	<i>p.68</i>

Annexe 1 : Questionnaire destinés aux étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année des écoles de sage-femme du Grand Est

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des analyses croisées

## *Introduction*

Depuis toujours, la présentation du siège, qui représente 2 à 3% des grossesses, suscite des polémiques concernant son mode d'accouchement : voie basse ou césarienne systématique est un débat qui n'a pas encore trouvé de réponse définitive. L'étude de Mary Hannah parue en 2000 a tenté de répondre au mieux à la question, mais tous les praticiens ne sont pas d'accord avec la recommandation de pratiquer une césarienne systématique pour toutes les présentations du siège. En effet, certains révèlent qu'elle comporte des biais et de plus, même si selon l'étude de Hannah la césarienne diminuerait la morbidité et la mortalité périnatale, il est certain qu'elle augmente la morbidité et la mortalité maternelle par rapport à un accouchement voie basse.

Néanmoins, depuis la publication de cette étude, les accouchements voie basse du siège sont de plus en plus rares. Le taux de césarienne s'est significativement élevé au cours du temps, passant de 52% en 1998 à 80% en 2004.

En tant qu'étudiante sage-femme, je n'ai pu assister qu'à un seul accouchement du siège au cours de mes quatre années d'études, et n'ai pu le pratiquer. Etais-je un cas isolé ou les autres étudiants étaient-ils dans la même situation ?

Après un rapide sondage auprès de ma promotion d'étudiants et des jeunes sages-femmes, j'ai réalisé que la majorité n'avait assisté qu'à un ou deux accouchements du siège et que certains n'en avaient jamais vu.

Ce constat m'a fait prendre conscience que l'objectif de la formation clinique minimale de nos études consistant à participer activement à au moins deux accouchements du siège était peut être loin d'être atteint pour tous les étudiants. J'ai donc souhaité réaliser mon mémoire de fin d'études par rapport à cette observation, en proposant une étude à l'échelle de la région du Grand Est, en interrogeant les étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année de neuf écoles.

Ce constat m'a amenée à réfléchir sur des points tels que: comment les étudiants sage-femme sont-ils formés à l'école et en stage par rapport à la présentation podalique, comment perçoivent-ils l'accouchement du siège, quelles sont leurs connaissances acquises par rapport au suivi du travail et de l'expulsion ?

En résumé, qu'en est-il actuellement de la formation des étudiants sage-femme par rapport à la présentation du siège ?

Dans la première partie, une rétrospective du programme des études de sage-femme depuis 1973 sera réalisée afin de voir si les exigences de la formation clinique initiale ont évolué. Ensuite, les points clés du suivi du travail d'une présentation du siège et de son expulsion seront abordés. Enfin, une partie sur la psychologie cognitive permettra de mettre en évidence que plus on pratique, plus on est performant sur le terrain, la pratique en salle de naissance de l'accouchement du siège faisant de plus en plus défaut aux sages-femmes et aux obstétriciens, et par conséquent aux étudiants sage-femme.

Dans la deuxième partie, les résultats du questionnaire seront exposés, suivis de leur analyse dans la troisième partie.

Ce mémoire est donc une évaluation de la formation des étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année par rapport à l'accouchement du siège, tout en donnant aux étudiants la possibilité de s'exprimer sur leur formation.

# Chapitre 1 :

## *La formation des sage-femmes*

Cette première partie a pour but de faire une rétrospective du programme des études de sage-femme du début du XXe siècle à nos jours. En effet, j'ai cherché à savoir si les objectifs pratiques de la formation initiale avaient évolué en fonction des pratiques professionnelles.

Je ferai ensuite quelques rappels concernant l'accouchement du siège, notamment sur le suivi du travail d'une présentation podalique, ainsi que sur les manœuvres à effectuer en cas de complications, car mon questionnaire visant à évaluer les connaissances des élèves porte essentiellement sur ces points.

Enfin, j'aborderai quelques notions fondamentales de psychologie cognitive afin de démontrer que pour être efficace sur le terrain il ne suffit pas d'avoir des connaissances théoriques. Il faut surtout pratiquer.

Les hypothèses de travail sont les suivantes :

Les exigences de la formation initiale actuelle ne sont pas compatibles avec les pratiques professionnelles réelles.

C'est en pratiquant que l'on devient compétent.

# 1. EVOLUTION DU PROGRAMME DE LA FORMATION INITIALE

Le premier programme des études de sage-femme que j'ai trouvé date de 1973. Ont suivi deux autres programmes mis en application en 1985 et 2001. Chacun correspond aux dates importantes des études de sage-femme. Je ne rends compte que des éléments nous intéressant par rapport à l'accouchement du siège.

## *Programme de 1973 [2]*

**Programme d'obstétrique de deuxième année :** chapitre « les présentations » : présentation du siège : généralités, clinique, mécanique de l'accouchement, conduite à tenir et traitement.

**Programme d'obstétrique de troisième année :** chapitre « rappel des manœuvres et interventions obstétricales permises aux sages-femmes » : extraction par le siège, versions.

La formation clinique minimale n'était pas imposée par les textes (apparition de la formation clinique minimale dans les années 1980 grâce à la libre circulation des Diplômes d'Etat dans l'Union Européenne (UE), fixée à 40 accouchements en présentation céphalique pour l'UE, et à 80 dès 1985 en France).

## *Programme de 1985 (correspond à la libre circulation des Diplômes d'Etat dans l'Union Européenne) [3]*

**Formation clinique minimale** de chaque étudiant sage-femme : pratiquer au moins deux accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège.



**Programme d'obstétrique de deuxième année de formation**, chapitre des présentations : la présentation du siège.

**Programme d'obstétrique de troisième année de formation**, chapitre des manœuvres obstétricales et des interventions chirurgicales : versions, extractions de siège.

***Programme de 2001 (correspond au passage à cinq années d'études) [4]***

Objectifs de référence pour la formation clinique, technique et méthodologique :

Savoir pratiquer les manœuvres obstétricales.

Savoir pratiquer les accouchements par le siège et avoir participé activement à plusieurs accouchements par le siège (2 cas minimum).

**Enseignement théorique de la première phase**, programme d'anatomie et de physiologie obstétricale, chapitre des autres présentations du fœtus : la présentation du siège.

**Enseignement théorique de la deuxième phase**, programme d'obstétrique, chapitre des techniques : les manœuvres obstétricales.

On remarque qu'entre les programmes de 1985 et de 2001, les termes concernant la formation clinique minimale ont changé : en 1985, les étudiants devaient **pratiquer** au moins deux accouchements par le siège, alors qu'en 2001 ils doivent **avoir participé activement** à deux accouchements du siège.

Cette nuance n'exigeant plus la pratique de cet accouchement durant les études découle probablement de la pratique moindre des accouchements du siège voie basse en salle de naissances.

## **2. LE SUIVI DU TRAVAIL ET L'EXPULSION DE LA PRESENTATION PODALIQUE : CONDUITES A TENIR**

### **2.1. Le suivi du travail**

#### **2.1.1. Clinique [5]**

##### Palpation abdominale :

A la partie basse de l'utérus, on retrouve un pôle fœtal volumineux, irrégulier, de consistance plus molle que la tête, non surmontée par le sillon du cou.

Au niveau du fond utérin, on palpe la tête, de volume plus petit, au contour arrondi, et de consistance dure.

Lors de la palpation du plan du dos, le sillon du cou est en haut de l'utérus, et non en bas.

L'auscultation cardiaque retrouve des bruits du cœur du côté du plan du dos, au-dessus de l'ombilic.

##### Toucher vaginal :

Le point de repère de la présentation podalique est le sacrum.

On ne sent pas de masse dure régulièrement arrondie de la tête fœtale, ni de sutures et de fontanelles.

Deux masses de consistance molle séparées par un sillon sont perçues, parfois deux saillies plus petites dans lesquelles on peut reconnaître les talons, les malléoles.

### 2.1.2. Mesures à prendre lors du diagnostic de début de travail [6]

#### Accord de la patiente :

Avant d'envisager tout accouchement du siège voie basse, il est obligatoire d'avoir recueilli le consentement éclairé de la patiente. Sans accord de la patiente, une césarienne sera réalisée.

#### L'échographie :

**Flexion de la tête fœtale :** c'est ce qui est recherché en priorité, car l'accouchement voie basse n'est possible qu'en absence de déflexion de la tête.

Confirmation du diagnostic clinique de présentation du siège.

Biométrie fœtale.

Insertion placentaire.

Quantité de liquide amniotique.

Le contenu utérin : sert à diagnostiquer une déflexion de la tête fœtale. Cet examen est peu pratiqué actuellement, l'échographie permettant un diagnostic précis. On pourra néanmoins l'utiliser en cas de doute à l'échographie.

#### La radiopelvimétrie :

Une radiopelvimétrie est obligatoire pour toute patiente présentant un siège, quelle que soit la parité.

Si elle n'a pas été réalisée lors de l'entrée en travail, on en réalisera donc une en urgence.

#### Appel de l'obstétricien senior :

Il est impératif que l'obstétricien senior (et pas seulement l'interne) soit informé qu'une patiente va accoucher d'un siège car c'est une présentation à risque dystocique plus important que la présentation céphalique. Il devra donner son accord pour l'accouchement voie basse et sera présent à l'expulsion.

### **2.1.3. Rupture de la poche des eaux [7]**

On rompra la poche des eaux le plus tard possible, afin de garder un coin dilateur régulier le plus longtemps possible. On recommande en général de ne pas faire d'amniotomie avant 6 cm de dilatation et de ne la pratiquer qu'en cas de réelle nécessité.

### **2.1.4. Dynamique utérine [8]**

« A bonne dilatation, bon siège »...

En effet, il existe un rapport indiscutable entre la durée de la période de dilatation et le pronostic de l'accouchement. Comme pour la présentation céphalique, on n'acceptera pas une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure.

### **2.1.5. Apparition de liquide méconial durant le travail [9]**

Contrairement à la présentation céphalique, l'apparition de liquide méconial durant le travail n'est pas un indicateur d'hypoxie fœtale. En effet, la stimulation de l'anus lors des touchers vaginaux va entraîner un réflexe de défécation.

### **2.1.6. Personnes devant être présentes lors de l'expulsion en plus de la sage-femme [10]**

L'obstétricien senior (éventuellement accompagné de l'interne, mais pas l'interne seul), afin qu'il puisse intervenir immédiatement en cas de complications.

L'anesthésiste : il doit être présent lors de l'expulsion afin de pouvoir agir en cas de spasme du col utérin (rétention de tête dernière) en administrant des dérivés nitrés.

Le pédiatre : la présentation du siège ayant un risque de dystocie plus élevé que la présentation céphalique, les risques d'anoxie fœtale sont plus importants lors de l'expulsion. Le pédiatre pourra donc prendre en charge rapidement l'enfant en détresse vitale.

### **2.1.7. Conditions à réunir avant de débiter l'expulsion [11]**

Une dilatation complète et une présentation ayant pris contact avec le périnée (donc en partie basse).

La vessie est vidée.

Les efforts expulsifs n'ont lieu que pendant les contractions, sinon les différentes parties fœtales risquent de se désolidariser.

Les contractions utérines doivent être efficaces et il ne faut pas risquer une « panne » du moteur utérin, c'est pourquoi une perfusion d'ocytociques sera mise en route systématiquement lors de l'expulsion si elle ne l'a pas été auparavant.

Un forceps doit être prêt à être utilisé en cas de rétention sur tête engagée.

Les efforts expulsifs seront limités à 30 minutes.

### **2.1.8. Épisiotomie [12]**

Elle ne sera pas systématique mais de réalisation facile lorsque le périnée sera distendu par le siège. En effet, s'il s'avère nécessaire de pratiquer des manœuvres, il sera plus confortable de les réaliser en ayant fait une épisiotomie au préalable.

## **2.2. Les manœuvres**

### **2.2.1. Quand pratiquer les manœuvres ? [13]**

Si l'accouchement se déroule sans problème, on pratique la méthode de Vermelin, soit l'abstention totale, la patiente étant en position gynécologique. L'accouchement se fera de lui-même sous l'influence des efforts expulsifs et des contractions. L'enfant sera simplement recueilli sur un plan horizontal.

On ne pratiquera des manœuvres d'aide à l'expulsion que si la tête tarde à sortir ou que l'enfant commence à inspirer alors que seul le thorax est sorti. Ces manœuvres se pratiquent une fois que la pointe des omoplates est apparue à la vulve.

Les manœuvres d'aide à l'expulsion sont celles de Lovset, suivie de Bracht.

En cas de rotation du dos en arrière (conséquence gravissime pour le fœtus en raison du risque d'accrochage du menton à la symphyse), on effectuera immédiatement les manœuvres nécessaires pour faire tourner le dos en avant.

### **2.2.2. Manœuvres d'aide à l'expulsion [14 ; 17]**

#### ***Lovset***

Le fœtus est saisi par le bassin entouré d'un champ, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les deuxième et troisième 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 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, elle se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire.

Une deuxième rotation de 180° en sens inverse ramène l'ex-épaule antérieure à nouveau en antérieur sous la symphyse et elle se dégage.

Au total, on fait une double conversion (par deux fois un mouvement de 180°) et il n'y a donc pas d'introduction de la main dans les voies génitales.

#### ***Bracht***

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.

### **2.2.3. Manœuvres à réaliser en cas de dystocie [15 ; 16]**

Il est important de différencier le relèvement des membres supérieurs au-dessus du détroit supérieur (souvent dû à une faute technique comme des tractions inopportunes en-dehors des contractions utérines) et les difficultés d'extraction des membres supérieurs dans l'excavation pelvienne, facilement traitées par les manœuvres de Suzor ou de Lovset.

Dans le vrai relèvement des bras, les techniques sont difficiles et l'abaissement du bras postérieur par la manœuvre de Demelin paraît plus facile que l'abaissement du bras antérieur.

#### ***Suzor (difficulté d'extraction des membres supérieurs dans l'excavation pelvienne)***

On fait exécuter au tronc un mouvement de rotation sur son axe amenant le bras relevé en situation opposée. Dans un premier temps, on amène l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne et on dégage le bras antérieur. Dans un deuxième temps, on fait effectuer au fœtus une rotation de 180° pour transformer l'épaule postérieure en épaule antérieure, en général le deuxième bras s'abaisse spontanément, sinon il faut le dégager. Au total, on fait une seule conversion.

#### ***Demelin (relèvement des bras au-dessus du détroit supérieur)***

C'est l'abaissement en premier du bras postérieur. La main homologue au bras du fœtus que l'on veut abaisser (main droite pour le bras droit et main gauche pour le bras gauche) est introduite dans la concavité sacrée. L'index et le médus sont placés en attelle le long de l'humérus pour éviter sa fracture tandis que le pouce prend appui au niveau du creux axillaire. Le bras est abaissé toujours vers l'avant du fœtus, en décrivant un arc de cercle, dans le sens de la flexion. Après cette manœuvre, si le bras antérieur ne descend pas de lui-même, une rotation de 180° du corps de l'enfant transforme le bras antérieur en bras postérieur qui est abaissé de la même façon.

#### ***Couder (« dystocie des épaules »)***

En cas de « dystocie des épaules » dans l'accouchement du siège, elle consiste à ramener l'épaule antérieure sous la symphyse pour abaisser le bras antérieur au risque

de fracturer l'humérus plutôt que de léser le plexus brachial par des tractions intempestives. C'est l'équivalent du Jacquemier pour le siège.

### ***Mauriceau (rétention de tête dernière dans l'excavation pelvienne)***

La manœuvre de Mauriceau ne se conçoit que sur une tête dite engagée. On l'effectue en cas de rétention de tête dernière dans l'excavation pelvienne.

L'enfant est à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue. Par un mouvement de flexion des doigts, on fléchit le pôle céphalique fœtal en amenant, sans violence, le menton sur l'appendice xiphoïde. 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 effectuée sur les épaules se doit d'être orientée très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien. Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de sa mère, et le dégagement laisse apparaître successivement la bouche, le nez, les yeux et enfin le front du nouveau-né. Les doigts intra-buccaux n'ont donc pas de rôle dans la traction, mais uniquement dans la flexion de la tête permettant par là un amoindrissement des diamètres céphaliques et une solidarisation céphalo-thoracique.

### ***Wiegand-Martin (rétention de tête dernière dans l'excavation pelvienne)***

#### Première manière

L'enfant est à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche et attire la tête en bas et en arrière. L'autre main exerce, au-dessus du pubis, une pression sur le sommet du crâne fœtal.

#### Deuxième manière (Brindeau)

Il faut deux opérateurs : le premier relève les pieds d'une main et exerce de l'autre une traction sur la bouche, l'aide exprime la tête fœtale à travers la paroi abdominale.



### ***Champetier de Ribes (rétention de tête dernière au-dessus du détroit supérieur)***

La main est introduite dans la cavité utérine, deux doigts sont placés dans la bouche du fœtus, ils fléchissent la tête qui est ensuite orientée selon un diamètre oblique, engagée puis tournée en occipito-pubien et extraite.

#### **2.2.4. Version par manœuvre interne**

La version par manœuvre interne (VMI) est la manœuvre qui consiste à transformer une présentation primitive céphalique ou transverse en présentation du siège, pour dans le même temps, extraire le fœtus par une grande extraction. L'intervention est effectuée par une main intra-utérine aidée par l'autre main qui agit au travers de la paroi abdominale.

La patiente est en position gynécologique, les fesses dépassant légèrement du bord de la table d'accouchement afin de ne pas entraver les mouvements de traction de l'obstétricien. La vessie est préalablement vidée par un sondage évacuateur.

La VMI comprend trois temps : préhension, mutation et grande extraction. Il faut avoir une parfaite représentation du fœtus dans l'espace.

#### ***Préhension***

Une main est introduite dans l'utérus et repousse la présentation céphalique. On introduit la main du même nom que le siège :

- siège à gauche, main gauche de l'opérateur
- siège à droite, main droite de l'opérateur

Il faut ensuite aller au fond de l'utérus : on introduit l'avant bras tout entier.

Chaque fois que possible, on saisit les deux pieds. Le cas échéant, on saisit celui qui au cours de la mutation deviendra antérieur, c'est-à-dire le pied homologue de la main introduite (pied droit si main droite) : en dorso-antérieur, le pied le plus bas situé et en dorso-postérieur le plus haut situé. Parfois, on ne pourra saisir celui que l'on atteint le plus facilement.

### ***Mutation***

Le pied du fœtus qui a été saisi est ensuite attiré vers le bas.

Dans le même temps, l'autre main placée sur le fond utérin aide à la progression du fœtus.

Si le mauvais pied (pied postérieur) a été choisi, le dos tourne en arrière, et la hanche antérieure se pose sur la symphyse pubienne.

### ***Grande extraction***

Les difficultés varient avec le mode de présentation. Une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône.

En cas de siège complet, la main introduite dans les voies génitales saisit idéalement le pied antérieur ou à défaut les deux pieds entre l'index et le médium croisés sur le dos du pied. Le pied est reconnu à la brièveté des orteils et à la saillie à angle droit du talon. Par traction douce, on amène le pied à la vulve, puis la jambe, puis le genou.

Si le pied postérieur a été saisi et abaissé, la fesse antérieure vient buter contre la symphyse pubienne.

En cas de siège décomplété, on réalisera la manœuvre de Mantel-Pinard qui permet d'abaisser le pied en fléchissant le genou du siège décomplété : introduire une main droite dans le vagin, en refoulant le siège, repérer le creux poplité du membre inférieur antérieur, appuyer avec le doigt dans le creux poplité pour entraîner la flexion de la jambe sur la cuisse, ce qui permet de saisir le pied. Ce type de manœuvre est quasi impossible chez une primipare à utérus cylindrique.

### ***Petite extraction***

Le dernier temps de la grande extraction se poursuit par 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 deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les index et les médium sur les ailes iliaques.

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.

Le dégagement des épaules dans la petite extraction se fait dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. La rotation a été faite pendant la descente.

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

Pour dégager le bras antérieur, on utilise la technique décrite par Lantuejoul : placer le pouce sous l'aisselle, l'index et le médium le long du bras, parallèles à celui-ci. Le bras est ensuite abaissé en lui faisant garder le contact avec la face antérieure du thorax du fœtus. Il ne faut pas saisir l'humérus perpendiculairement à son axe, au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et, comme précédemment, le pouce placé dans l'aisselle, les deuxième et troisième doigts le long du bras postérieur parallèles à lui, on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus.

On termine par la manœuvre de Mauriceau.

## **3. PSYCHOLOGIE COGNITIVE**

### **3.1. Définition [18]**

La psychologie cognitive est une branche de la psychologie générale expérimentale qui étudie les processus mentaux impliqués dans la mémoire, le langage, la résolution de problèmes, la perception, la catégorisation, etc.

Cette approche consiste à considérer que les processus mentaux ont pour fonction de prendre en compte les informations de l'environnement et de les traiter en vue d'une utilisation permettant la meilleure adaptation possible à cet environnement, on dire que le système cognitif est un « système de traitement de l'information ».

On considère par ailleurs que le traitement de l'information réalisé par le système cognitif implique la mise en œuvre d'une succession de traitements, autrement dit que les processus mentaux sont constitués d'une succession d'étapes, dont chacune est consacrée à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie d'un traitement de l'information.

### **3.2. Principes fondamentaux**

#### **3.2.1. Les conceptions « associationnistes » de l'apprentissage et de la mémoire : Thorndike (1874-1949) [19]**

Thorndike a été le précurseur des théories de l'apprentissage dans le cadre de la psychologie behavioriste. Il a développé une conception des apprentissages qui est désignée par les termes d'apprentissage par essai et erreur.

Pour Thorndike, l'apprentissage consiste à lier une réponse particulière à une situation. Deux lois permettent de rendre compte de l'établissement de cette liaison :

La loi de l'exercice : les connexions entre situation et réponse sont renforcées par l'exercice et affaiblies quand l'exercice est arrêté. La probabilité de la réponse

augmente avec le nombre d'essais effectués, reste stable ou même tend à diminuer chaque fois que l'on arrête l'exercice.

La loi de l'effet : une connexion est renforcée ou affaiblie par l'effet de ses conséquences, qui peut correspondre à un état de satisfaction ou au contraire à une situation désagréable.

On peut facilement adapter cette théorie à la pratique de l'accouchement du siège : plus la sage-femme pratiquera, plus elle sera compétente.

De plus, on peut constater qu'il vaut mieux pratiquer régulièrement pour être performant.

On remarque que ces conditions d'apprentissage sont loin d'être présentes dans les salles d'accouchement. L'accouchement du siège voie basse est de plus en plus rare et en général pratiqué par les obstétriciens ou internes en obstétrique (voir résultats du questionnaire).

### **3.2.2. La mémorisation et l'oubli dans la conception behavioriste [20]**

#### ***L'importance de la répétition***

Pouvoir répéter un matériel verbal ou une activité motrice est un élément important dans la mémorisation ou l'apprentissage (athlètes, musiciens...).

En ce qui concerne la mémorisation, la répétition joue un rôle d'autant plus important que le nombre d'items à mémoriser est important (loi de Foucault).

On rejoint ainsi la théorie de Thorndike, démontrant qu'il faut pratiquer pour être plus performant.

La répétition joue un rôle très important et on retrouve d'ailleurs cette notion dans les formulaires d'apprentissage destinés aux étudiants sage-femme 1<sup>ère</sup> année, où pour évaluer sa capacité à effectuer un acte, il doit l'avoir vu faire par une personne qualifiée, puis pratiqué avec encadrement et enfin pratiqué seul, le tout réalisé plusieurs fois.

### ***Définition de l'oubli***

Dans la conception behavioriste, il est posé que, à un moment T, le sujet X savait (ou pouvait évoquer) l'information Y, alors qu'au moment T+1, X ne sait plus (ou ne peut plus évoquer) Y.

La différence entre savoir et évoquer fait appel aux notions de disponibilité et d'accessibilité de l'information.

L'évolution temporelle de la mémorisation ou de l'oubli est très caractéristique : on observe un déclin rapide au cours de la première heure qui suit l'apprentissage, suivi d'une phase de déclin très lent, jusqu'à devenir très faible (représenté par une asymptote). On peut considérer que la mémorisation d'une information ne devient en quelque sorte jamais « nulle », qu'il en reste toujours une trace. Ce raisonnement est étayé par l'observation de « l'économie de réapprentissage » : si l'on doit apprendre à nouveau un matériel déjà appris auparavant, mais « oublié », ce nouvel apprentissage est toujours plus rapide. Ce phénomène peut s'observer aussi sur de longues périodes. Ces traces résiduelles peuvent aussi jouer un rôle positif dans l'apprentissage de matériels présentant des similitudes par rapport au matériel initial : on dit alors qu'il y a possibilité de transfert positif à partir de l'apprentissage initial.

Par contre, la rapidité et l'importance de la chute immédiate sont interprétées comme étant le résultat de l'action négative, interférente, des exercices et activités qui se situent pendant l'intervalle de rétention, c'est-à-dire entre la fin de l'apprentissage et le moment du test et qui peut gêner la mémorisation de ce qui a été appris.

Les effets dus à la succession des activités sont dits interférents s'ils ont une action négative sur les apprentissages ; si au contraire la succession des activités a pour conséquence une amélioration de la performance, on parle de transfert.

Les effets liés à la succession des activités sont dits rétroactifs quand ils portent sur ce qui a été appris auparavant, et proactifs quand ils portent sur ce qui sera appris ensuite.

### ***L'interférence rétroactive***

La rétention d'une activité antérieurement apprise est modifiée négativement par l'insertion d'un apprentissage différent entre l'apprentissage originel et la rétention.

### ***Le transfert rétroactif***

La rétention d'une activité antérieurement apprise est modifiée positivement par l'insertion d'un apprentissage différent entre l'apprentissage originel et la rétention.

### ***L'interférence ou le transfert proactif***

Il y a modification de la rétention d'un apprentissage donné à cause d'un autre apprentissage réalisé préalablement. L'importance des effets est très variable et dépendent en particulier :

Du degré d'apprentissage des différentes tâches : plus un apprentissage a été consolidé par de nombreuses répétitions, mieux il résiste aux interférences.

De la similitude des matériaux : les effets d'interférences tendent à augmenter quand les apprentissages successifs présentent des similitudes. Mais la similitude entre apprentissages successifs peut aussi constituer un atout, si l'on peut opérer un transfert entre tâches successives.

On peut alors dire que plus la théorie et la pratique de l'accouchement du siège (ne serait-ce que sur mannequin) sont répétées et par conséquent consolidées, moins il y a de risque d'oublier les principes fondamentaux du suivi et de l'expulsion. On pourra donc réagir plus efficacement dans toutes les situations.

### **3.2.3. Les trois étapes temporelles de la mémorisation [21]**

#### ***Une étape d'acquisition ou encodage de l'information***

C'est le moment où l'individu sélectionne des informations dans l'environnement dans un but de mémorisation.

#### ***Une étape de rétention ou conservation de l'information***

Cette étape s'étend sur des durées très variables. Concernant le comportement de l'individu, il ne se passe rien, c'est une conservation latente ou un oubli de ce qui a été mémorisé. C'est une étape très riche pour le traitement de l'information.

### *Une étape d'actualisation*

Le sujet met en œuvre sous une forme explicite, comportementale, ce qu'il a acquis ou conservé.

Les éléments appris en théorie et vus ou pratiqués ne sont donc jamais totalement oubliés. C'est pourquoi même si les accouchements du siège se raréfient, il est important de pouvoir les suivre en tant que sage-femme afin de réintégrer les informations essentielles et consolider ses acquis.

### **3.3. Les fonctions de stockage : apprentissage et organisation des connaissances [22]**

Les informations concernant notre environnement et nos interactions avec lui, qui sont d'abord captées, puis identifiées et encodées, vont être conservées. Chaque jour, de nouvelles informations viennent s'intégrer dans notre mémoire. Celles-ci font d'abord l'objet d'un stockage, au cours duquel la consolidation crée une représentation de plus en plus forte en générant et en préservant de la sorte une trace permanente. Les informations ainsi stockées peuvent faire l'objet d'une récupération produisant alors une représentation consciente ou commander l'exécution d'un comportement appris tel qu'une activité motrice.

Le stockage des informations en mémoire comporte deux étapes distinctes : l'acquisition et la consolidation. L'acquisition concerne l'enregistrement des entrées dans les registres sensoriels ainsi que les processus d'analyse sensorielle, tandis que la consolidation crée une représentation devenant progressivement de plus en plus tenace.

Le stockage, résultat de l'acquisition et de la consolidation, crée et préserve une trace permanente.

Comme dit dans le paragraphe précédent, il est primordial de revoir régulièrement sa théorie et de pratiquer les manœuvres au moins sur mannequin même



si on a rarement affaire à un accouchement du siège. C'est le but de la formation continue, et la plupart des maternités organisent régulièrement des journées sur l'accouchement du siège en pratique.

Ceci va permettre de consolider les connaissances et dans le même temps de « rassurer » en quelque sorte les professionnels de la naissance par rapport à cette présentation potentiellement dystocique, en leur donnant des éléments de réponse en cas de complications.

## Chapitre 2 :

# *Enquête par questionnaire auprès des écoles de sage-femme*

Cette deuxième partie relate les résultats du questionnaire destiné aux étudiants sage-femme en quatrième année de formation des écoles de sage-femme du Grand Est.

Ce questionnaire avait pour but d'apporter des éléments de réponse à la problématique : les étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année sont-ils suffisamment formés théoriquement et cliniquement par rapport à l'accouchement du siège ?

De plus, les réponses seront apportées aux hypothèses suivantes:

- Malgré un programme des études de sage-femme national, tous les étudiants ne bénéficient pas de la même formation, qu'elle soit théorique ou pratique sur mannequin.
- Selon les objectifs de la formation clinique minimale, les étudiants doivent participer activement à au moins deux accouchements du siège, ce qui est loin d'être le cas.
- Ce sont surtout les futurs diplômés qui ont pu pratiquer au moins un accouchement du siège qui se sentent capables de le pratiquer.
- Même si la théorie est enseignée, elle n'est acquise que lorsque la situation clinique a été pratiquée ou du moins observée. Ainsi la plupart des étudiants répondant justement aux questions sont ceux ayant participé ou pratiqué un ou plusieurs accouchements du siège.

# 1. MATERIEL ET METHODE

Les écoles sélectionnées étaient celles se situant dans la zone dont le numéro de téléphone commençait par 03, soit neuf écoles :

- Amiens
- Besançon
- Dijon
- Lille 1 (Ecole de sage-femme du CHU de Lille)
- Lille 2 (Ecole de sage-femme de la faculté Libre de Médecine de Lille)
- Metz
- Nancy
- Reims
- Strasbourg

241 questionnaires ont été envoyés, 186 ont été retournés remplis, soit 77% de réponses. Seule l'école d'Amiens n'a pas retourné les questionnaires.

La période d'étude s'est étendue du 4 novembre au 20 décembre 2010.

Le questionnaire est divisé en six grandes parties (questionnaire joint en annexe) :

- La formation théorique
- La formation pratique sur mannequin
- La formation en stage
- La perception de l'accouchement du siège par les futurs diplômés
- Un état des lieux des connaissances
- La pratique sur les lieux de stage

## 2. REPONSES AU QUESTIONNAIRE

### 2.1. Les écoles de sages-femmes

#### *Besançon (Franche-Comté)*

24 questionnaires envoyés 23 réponses soit 12,4% des réponses.

#### *Dijon (Bourgogne)*

27 questionnaires envoyés 27 réponses soit 14,5% des réponses.

#### *Ecole du CHU de Lille, soit Lille 1 (Nord-Pas-de-Calais)*

34 questionnaires envoyés 32 réponses soit 17,2% des réponses.

#### *Ecole de la Faculté libre de Médecine, soit Lille 2 (Nord-Pas-de-Calais)*

25 questionnaires envoyés 24 réponses soit 12,9% des réponses.

#### *Metz (Moselle)*

24 questionnaires envoyés 23 réponses soit 12,4% des réponses.

#### *Nancy (Meurthe-et-Moselle)*

30 questionnaires envoyés 23 réponses soit 12,4% des réponses.

#### *Reims (Champagne-Ardenne)*

19 questionnaires envoyés 19 réponses soit 10,2% des réponses.

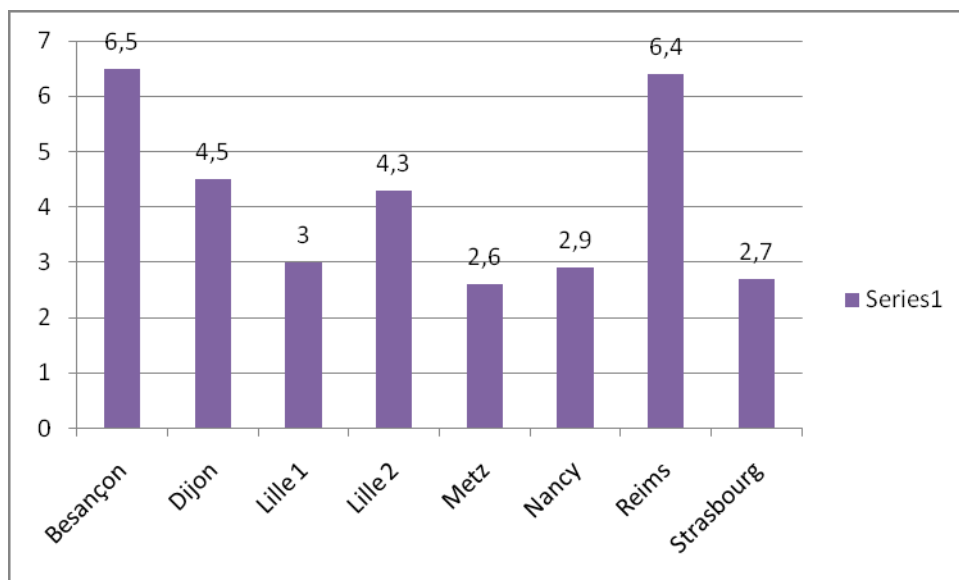
#### *Strasbourg (Alsace)*

28 questionnaires envoyés 16 réponses soit 8,6% des réponses.

## 2.2. Formation théorique

### *Nombre d'heures de cours théoriques*

La moyenne du nombre d'heures de cours est d'environ 4 heures.



### *Type de support*

Les types de support utilisés pour les cours théoriques étaient: cours magistral, Power Point, Vidéo, démonstration sur mannequin.

### *Personne chargée de l'enseignement théorique*

Les cours théoriques étaient dispensés par un obstétricien ou une sage-femme enseignante.

### *Points abordés dans l'enseignement théorique*

Sur l'ensemble des écoles de sages-femmes, les points abordés dans l'enseignement théorique étaient les suivants :

Les critères de choix des patientes pour l'accouchement voie basse du siège

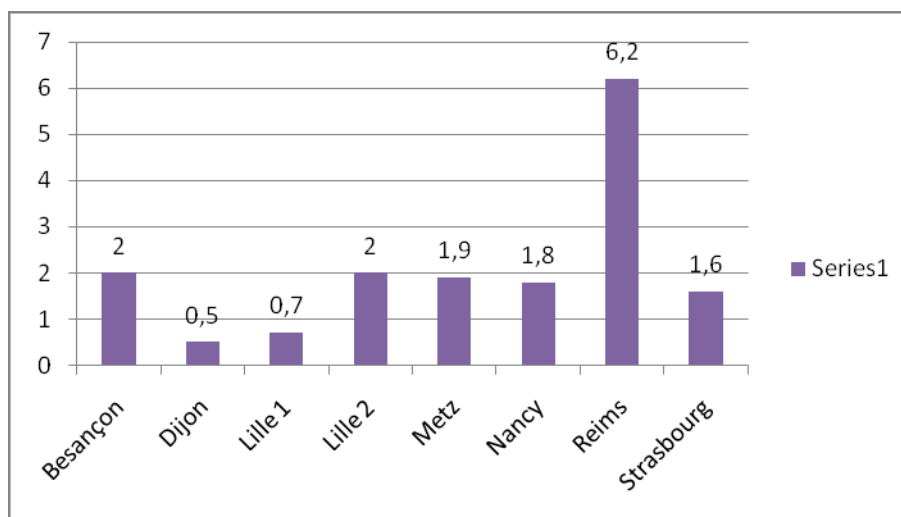
Le suivi du travail d'une présentation podalique

L'attitude à adopter lors de l'expulsion.

## 2.3. Formation pratique sur mannequin

### *Nombre d'heures de cours*

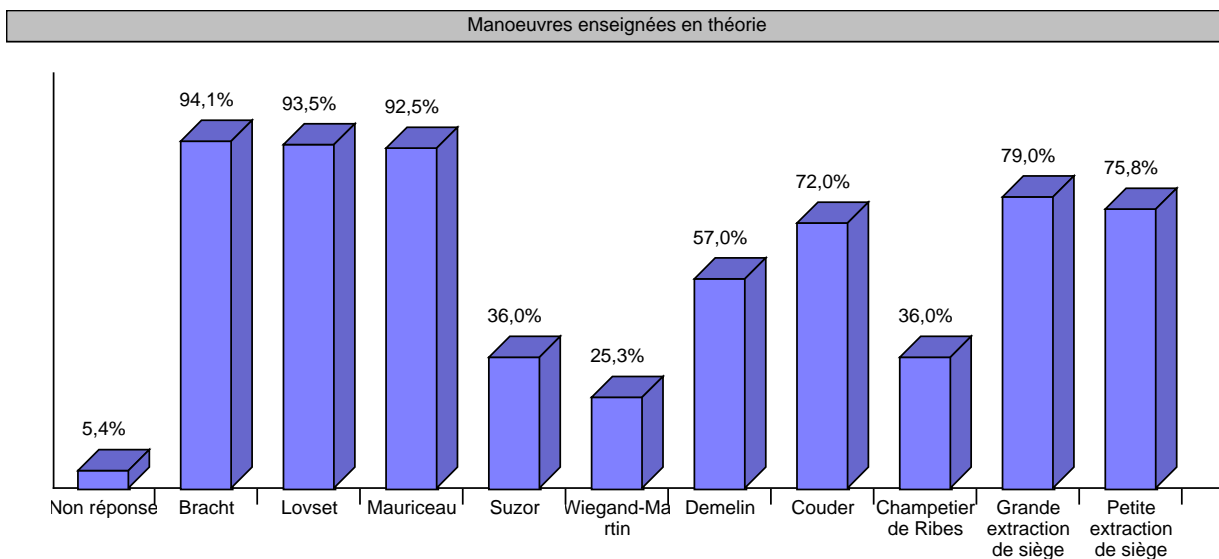
La moyenne du nombre d'heures de cours pratiques sur mannequin est de 1,6 heure.



### *Personne chargée de l'enseignement*

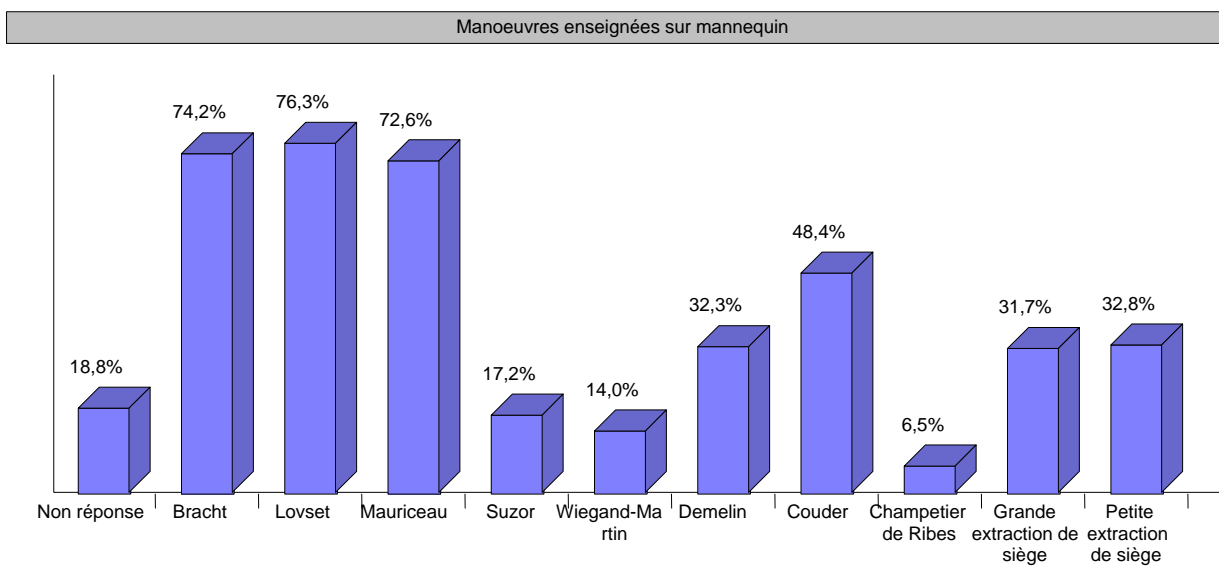
La personne chargée de l'enseignement des manœuvres sur mannequin était une sage-femme enseignante dans 70,4% des cas. Un obstétricien intervenait également dans 18,3% des cas.

## Manœuvres enseignées en théorie

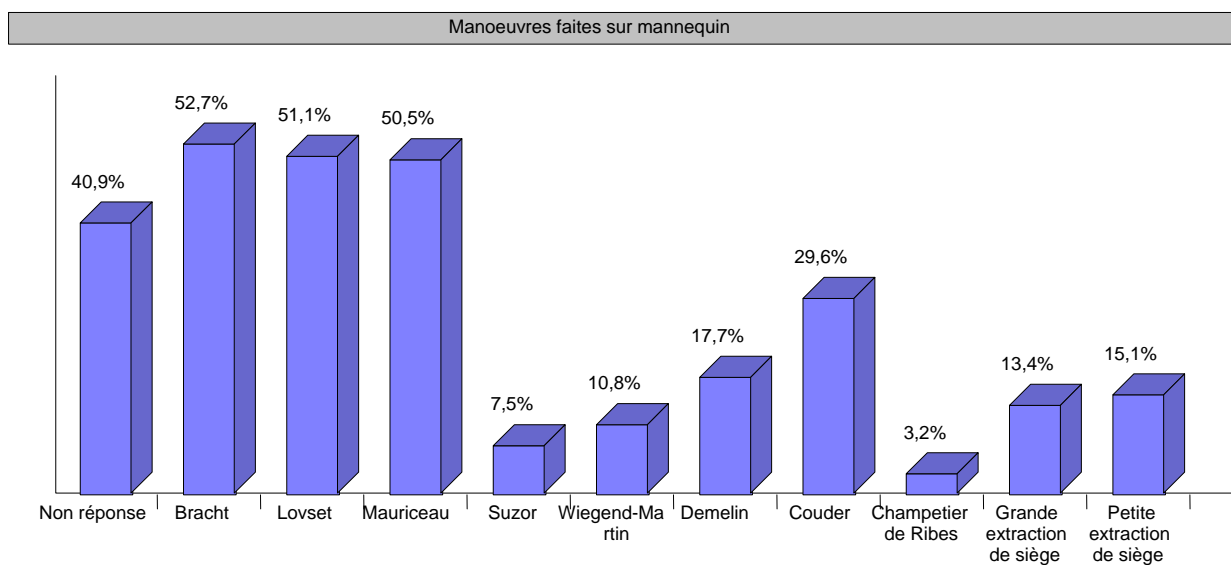


Les manœuvres de Bracht, Lovset et Mauriceau sont enseignées dans toutes les écoles de sage-femme. Le pourcentage n'atteint pas 100% car certains étudiants n'ont pas répondu à la question.

## Manœuvres enseignées sur mannequin



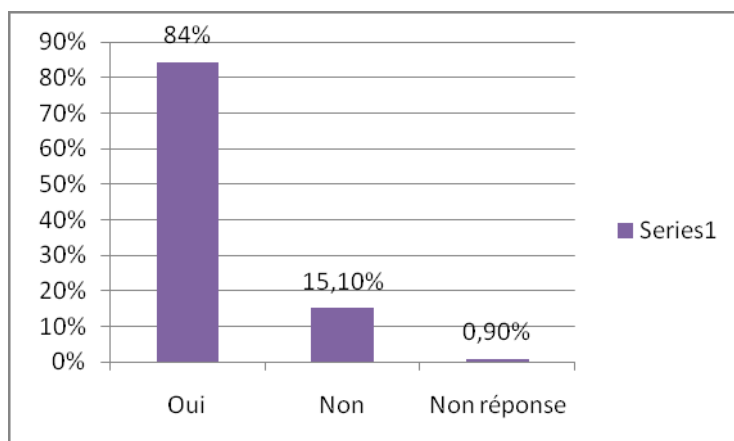
## Manœuvres faites sur mannequin



## 2.4. Formation en stage

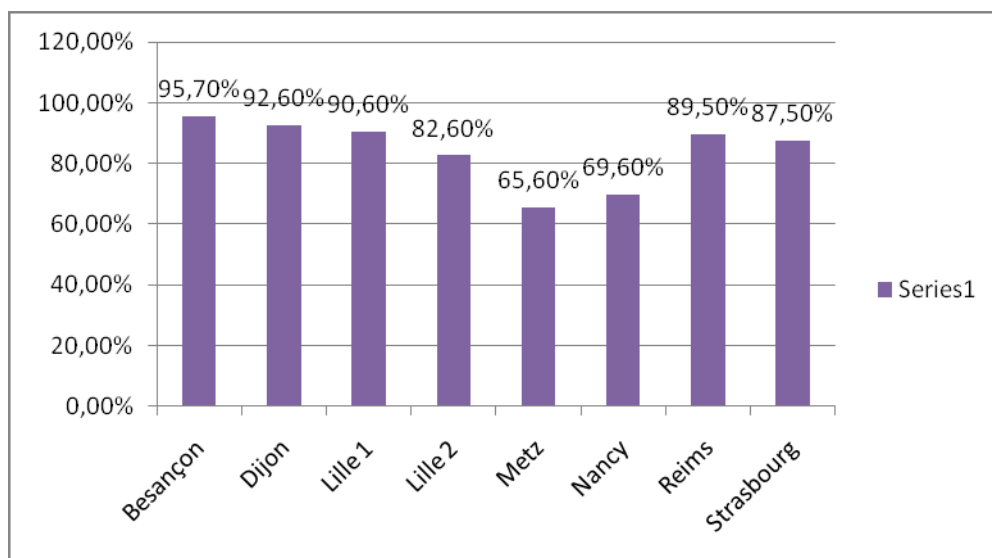
*Avez-vous déjà assisté à un accouchement du siège ?*

Toutes écoles confondues, le résultat est le suivant :





Les résultats par école sont les suivants :

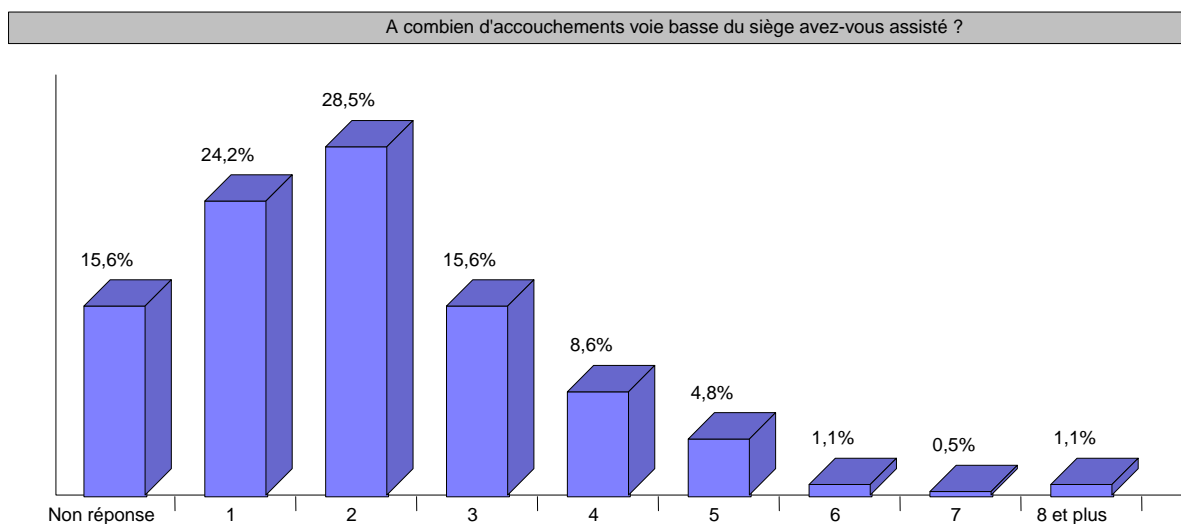


*Si oui, était-ce un singleton ? Etait-ce un deuxième jumeau ?*

Singleton : 79,6%

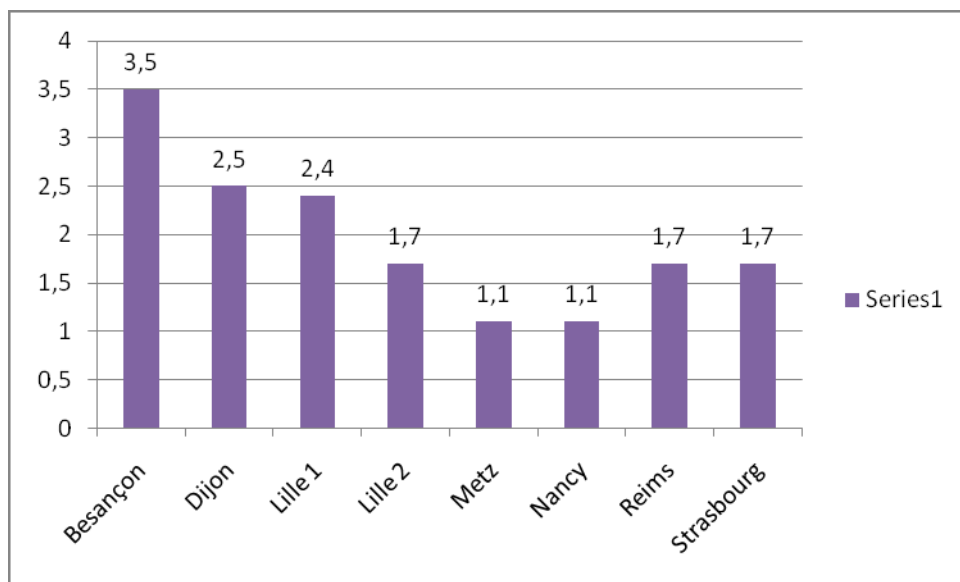
Deuxième jumeau : 29,6%

*A combien d'accouchements du siège avez-vous assisté ?*



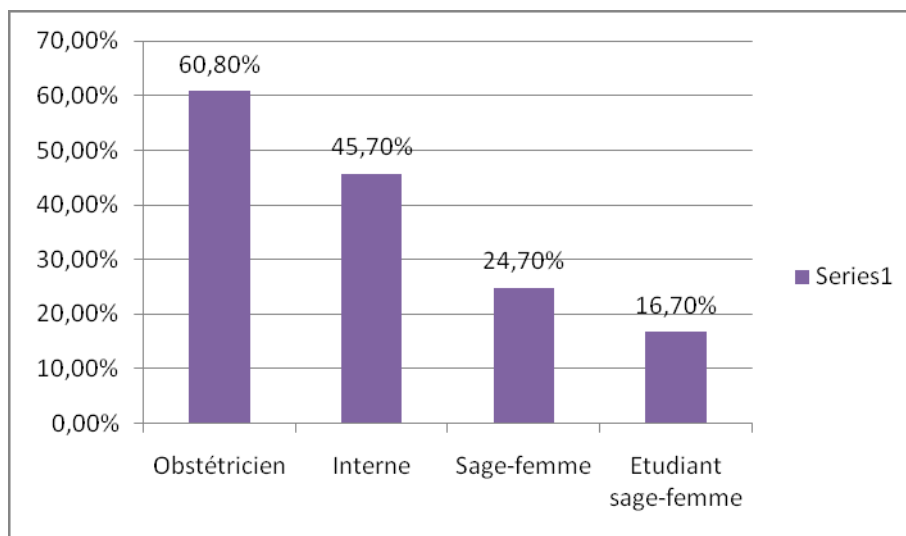
La moyenne de toutes les écoles est de 2,4 accouchements du siège vus par les élèves. 84,4% des étudiants ont assisté à un ou plusieurs accouchements du siège, et 60,2% d'entre eux ont assisté à deux ou plus accouchements du siège, c'est-à-dire 94 étudiants au total.

Par école, les moyennes sont les suivantes :



### *Qui a pratiqué l'accouchement auquel vous avez assisté ?*

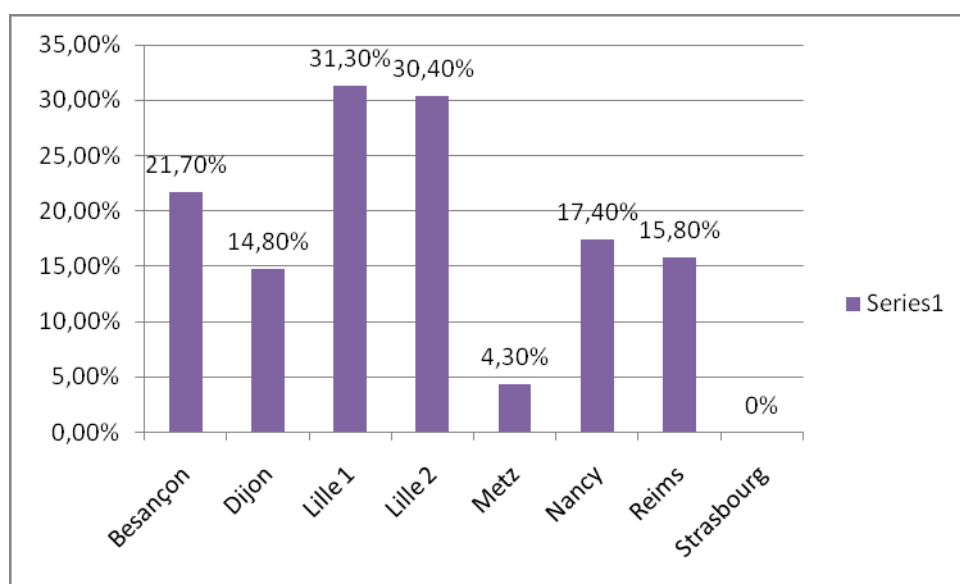
La question était à choix multiple.



### ***Avez-vous déjà pratiqué un accouchement du siège ?***

18,3% des étudiants interrogés avaient déjà pratiqué un accouchement du siège, soit 34 étudiants.

Les résultats par école sont les suivants :



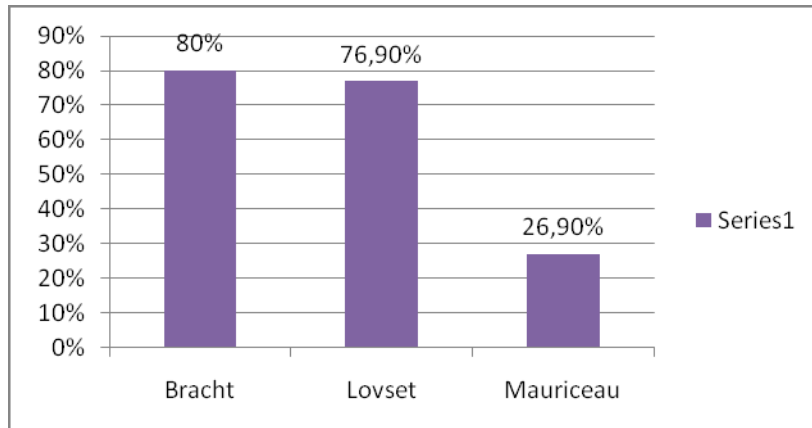
### ***Si oui, combien ? (n=34)***

34 élèves sur 186 avaient pratiqué un ou plusieurs accouchements du siège, la moyenne est de 1,4 accouchement par élève.

### ***Avez-vous dû pratiquer des manœuvres ? (n=33)***

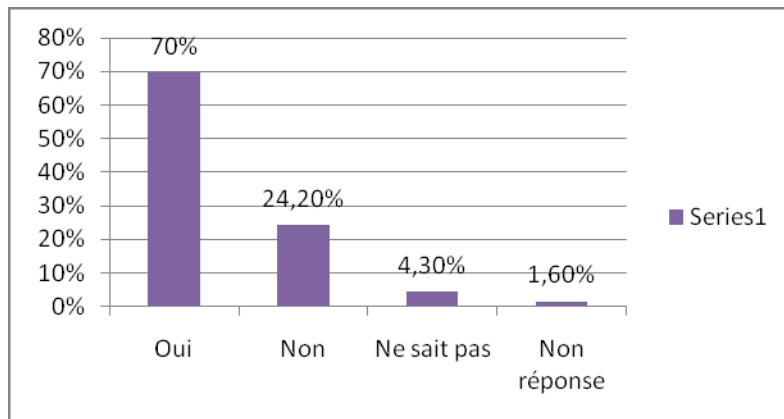
Sur les 33 élèves ayant répondu (donc ayant pratiqué l'accouchement), 78,8% ont été amenés à faire des manœuvres.

*Si oui, la ou lesquelles ? (n=26)*

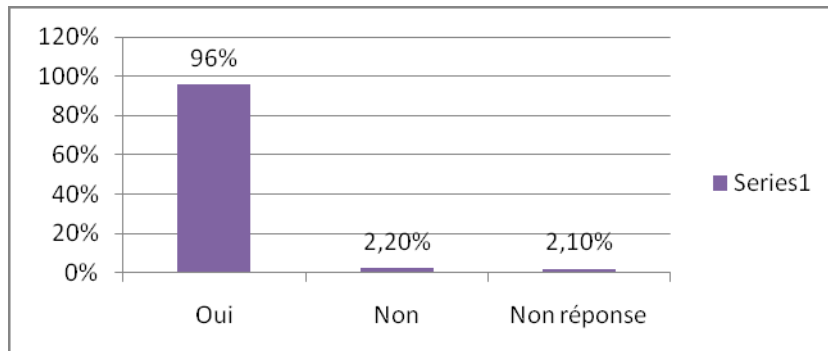


## 2.5. Perception de l'accouchement du siège

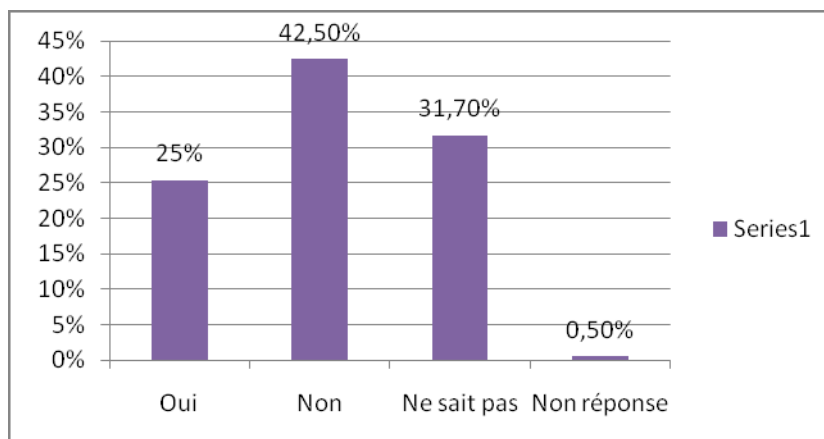
*Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?*



*Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?*



***Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège ?***



***Note de la formation théorique***

Les notes vont de 1 à 5 (1 = pas du tout satisfaisante, 2 = peu satisfaisante, 3 = assez satisfaisante, 4 = satisfaisante, 5 = très satisfaisante).

La moyenne des notes données par les élèves de toutes les écoles confondues était de 3, soit assez satisfaisante.

Par école, les résultats étaient les suivants :

Satisfaisante : Besançon (3,8) ; Reims (3,4).

Assez satisfaisante : Metz (2,6) ; Dijon (2,8) ; Lille 2 (3,1) ; Lille 1 (3,3) ; Nancy (3,4).

Peu satisfaisante : Strasbourg (2,2).

***Note de la formation pratique sur mannequin***

(Le système de notation est le même qu'à la question précédente.)

La moyenne de toutes les écoles confondues était de 3 soit assez satisfaisante.

Par école, les résultats étaient les suivants :

Satisfaisante : Besançon (3, mais 50% de non réponse) ; Nancy (4) ; Reims (4,4).

Assez satisfaisante : Metz (2,8) ; Lille 2 (3,3).

Peu satisfaisante : Dijon (1,8) ; Lille 1 (2) ; Strasbourg (2,4).

### *Note de la formation pratique en stage*

(Le système de notation est le même qu'à la question précédente.)

La moyenne toutes écoles confondues était de 2, soit peu satisfaisante.

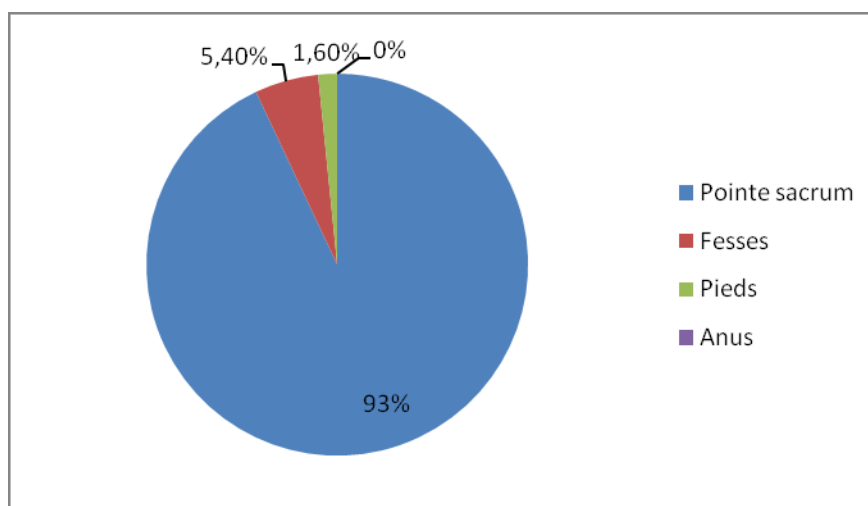
Par école, les résultats étaient les suivants :

Assez satisfaisante : Besançon (2,6).

Peu satisfaisante : Metz (1,6) ; Lille 2 (1,8) ; Nancy (1,9) ; Strasbourg (1,9) ;  
Dijon (2) ; Reims (2) ; Lille 1 (2,1).

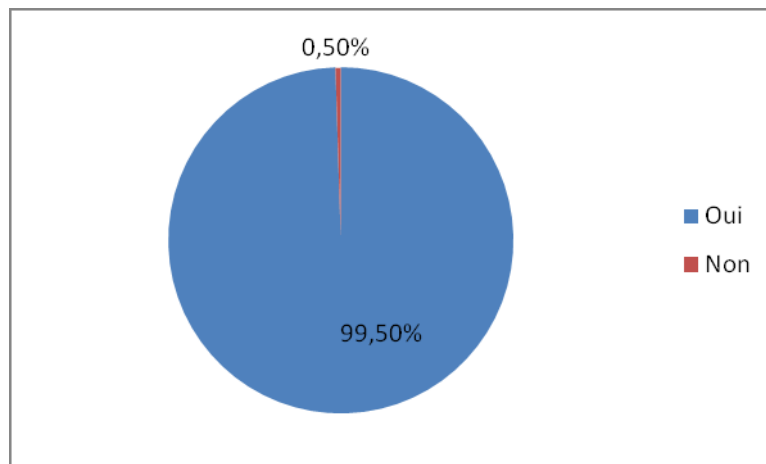
## **2.6. Etat des lieux des connaissances**

*Quel est le point de repère de la présentation podalique ?*

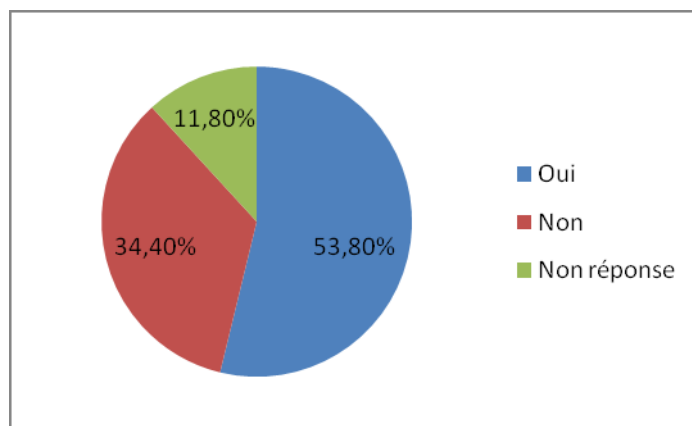


*Que faites-vous lorsqu'une patiente en travail arrive aux urgences obstétricales avec une présentation podalique ?*

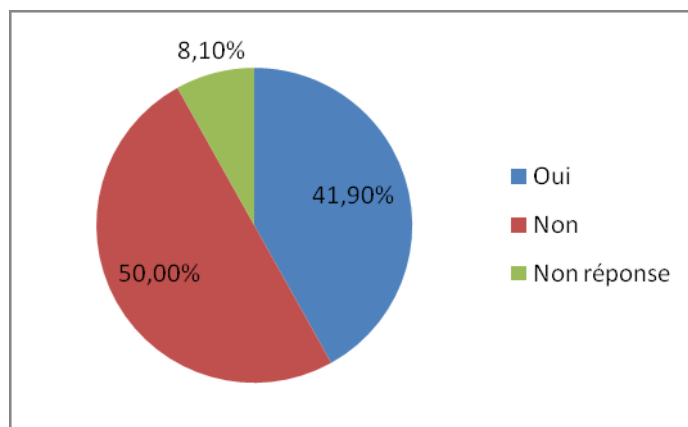
Echographie



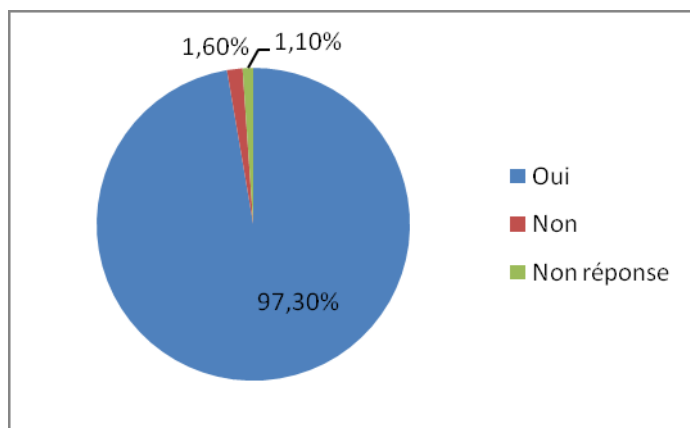
Contenu utérin



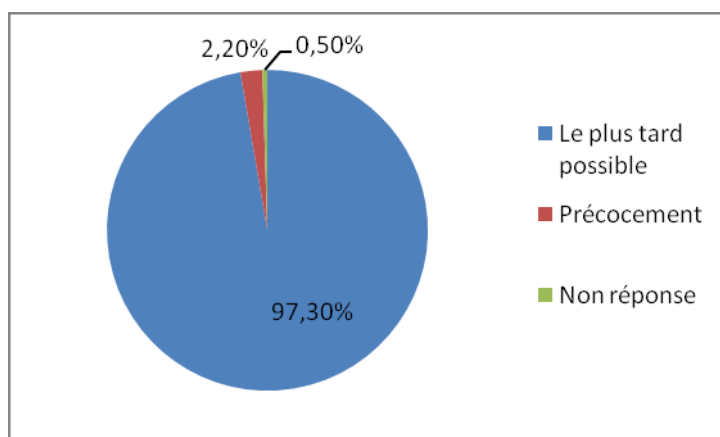
Radiopelvimétrie en urgence



Appel de l'obstétricien senior

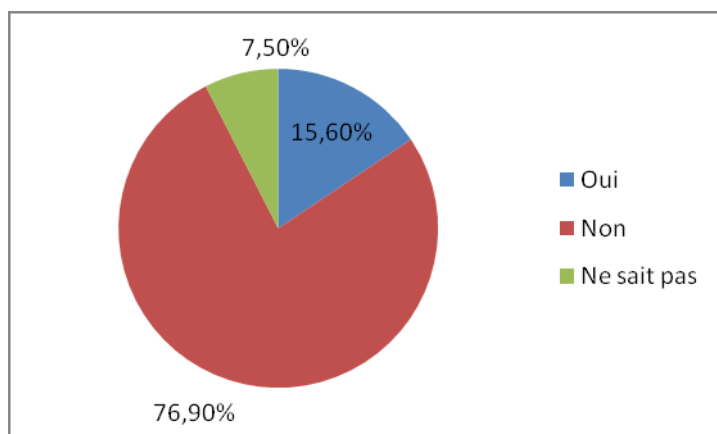


*Quand rompez-vous la poche des eaux ?*

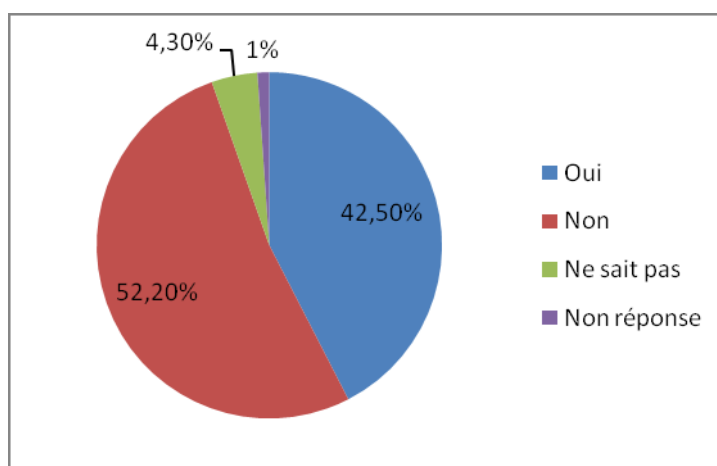




*Pour une présentation podalique, accepte-t-on une vitesse de dilatation du col inférieure à un centimètre par heure ?*



*L'apparition de liquide méconial est-elle un facteur de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse du siège ?*



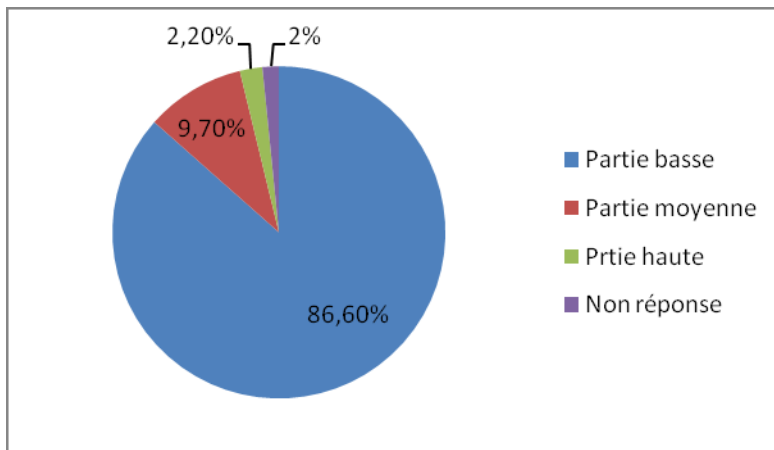
*Qui appelez-vous lors de l'expulsion ?*

Réponse juste : obstétricien senior +/- interne de garde ; anesthésiste ; pédiatre.

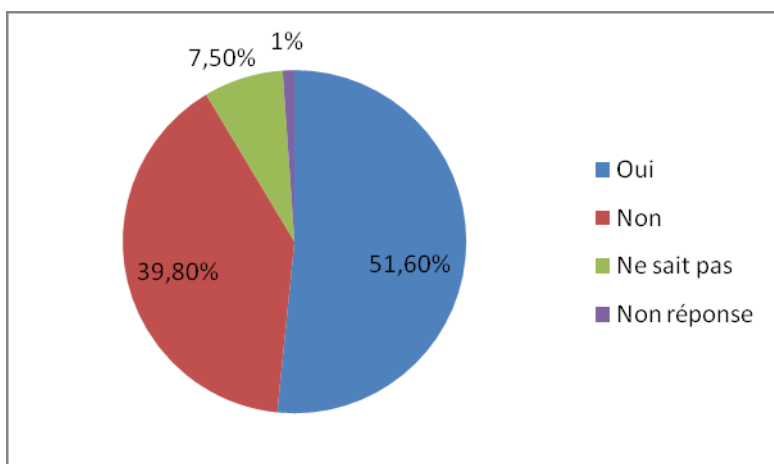
Réponses justes : **72,5%**

Réponses fausses : **27,5%**

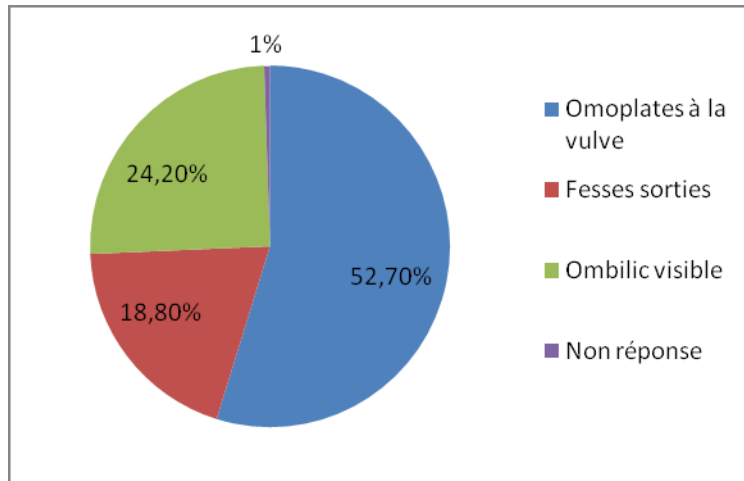
***A quel moment installez-vous la patiente pour l'expulsion ?***



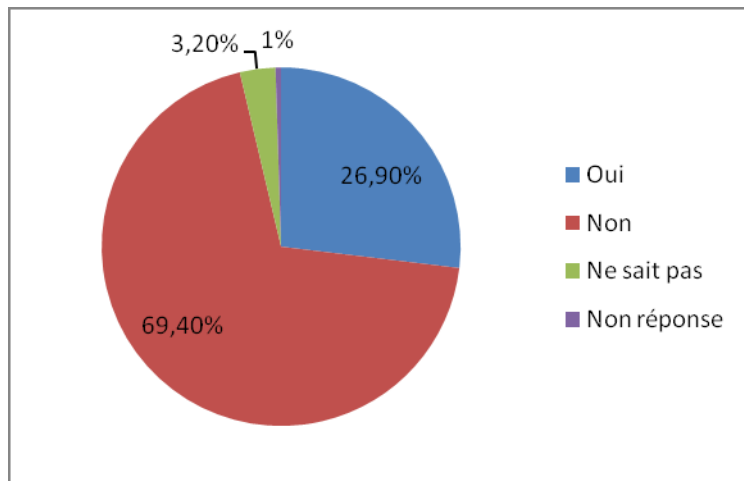
***Mettez-vous systématiquement une perfusion d'ocytociques ?***



***A quel moment pouvez-vous intervenir en effectuant des manœuvres si nécessaire ?***

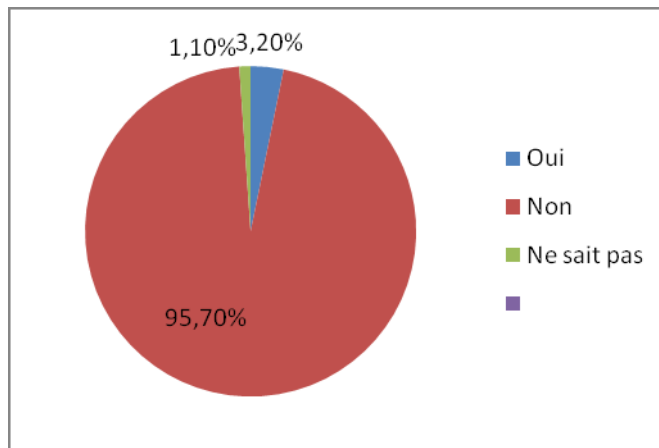


***Pratiquez-vous une épisiotomie systématique ?***

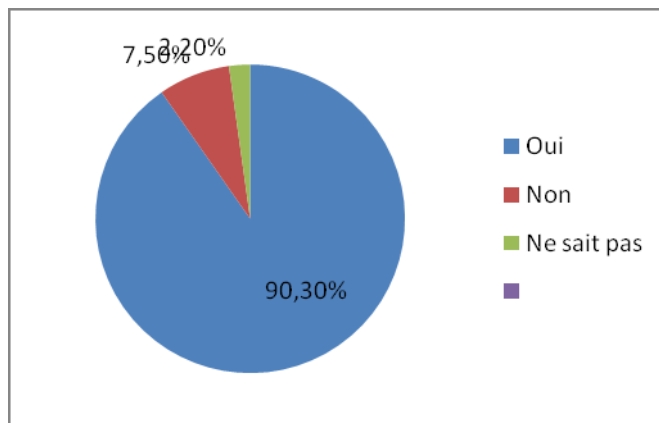


*Dans quel(s) cas les conséquences pour le fœtus sont-elles gravissimes ?*

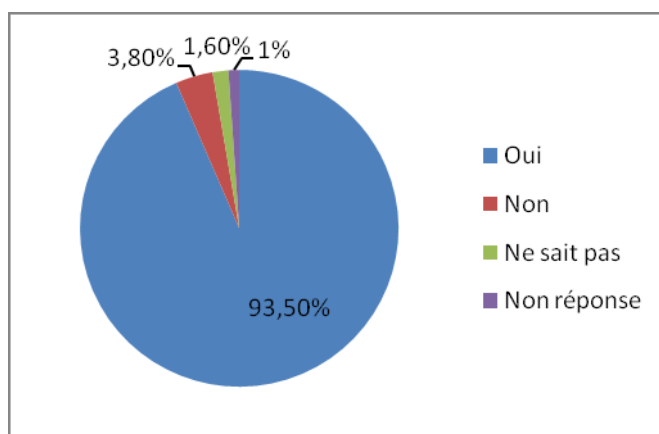
Le dos tourne en avant



Le dos tourne en arrière



Rétention de tête dernière



### *Enchaînement des manœuvres à réaliser si nécessaire lors de l'expulsion*

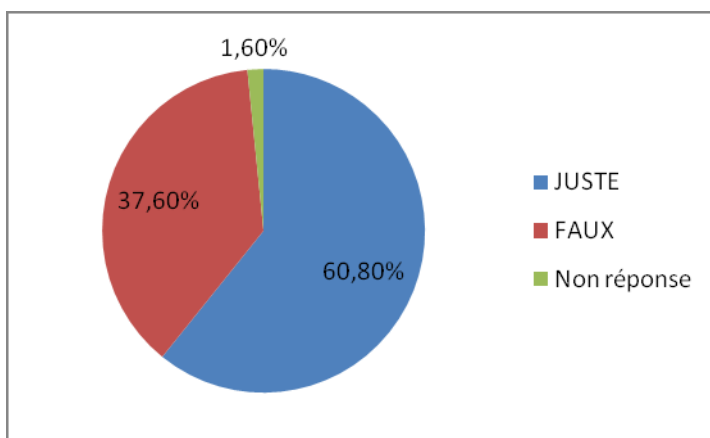
La question comprend en réalité un biais. En effet les commentaires des élèves concernant cette question montrent que les enchaînements de manœuvres ne sont pas les mêmes enseignés pour tout le monde.

Réponses justes :

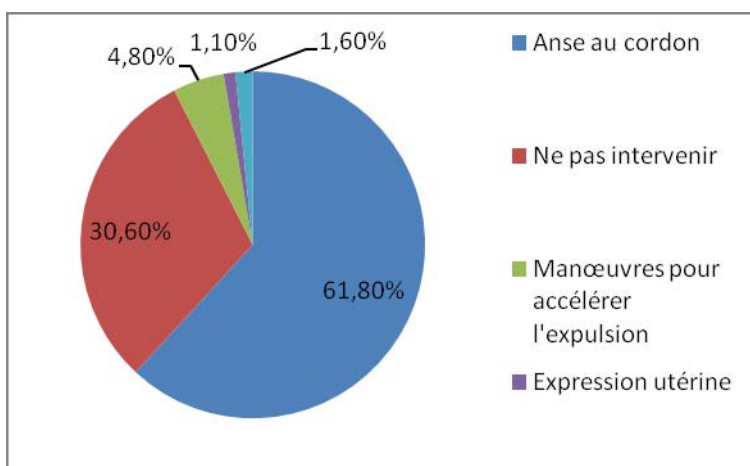
Lovset puis Bracht

Lovset puis Mauriceau

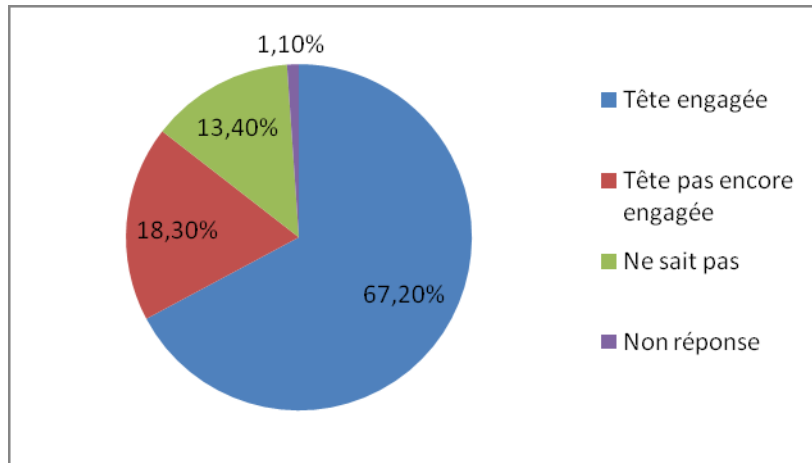
Lovset, puis Mauriceau, puis Bracht



### *Que faites-vous lorsque l'ombilic est visible ?*



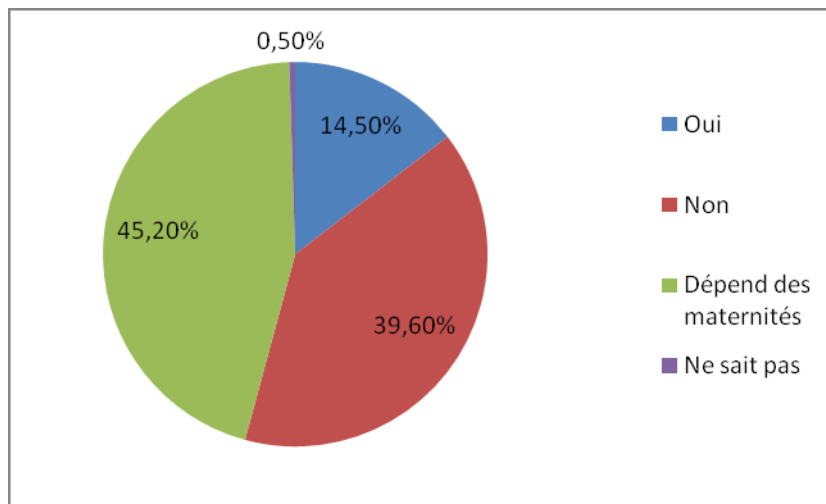
*Dans quel cas pouvez-vous effectuer la manœuvre de Mauriceau ?*



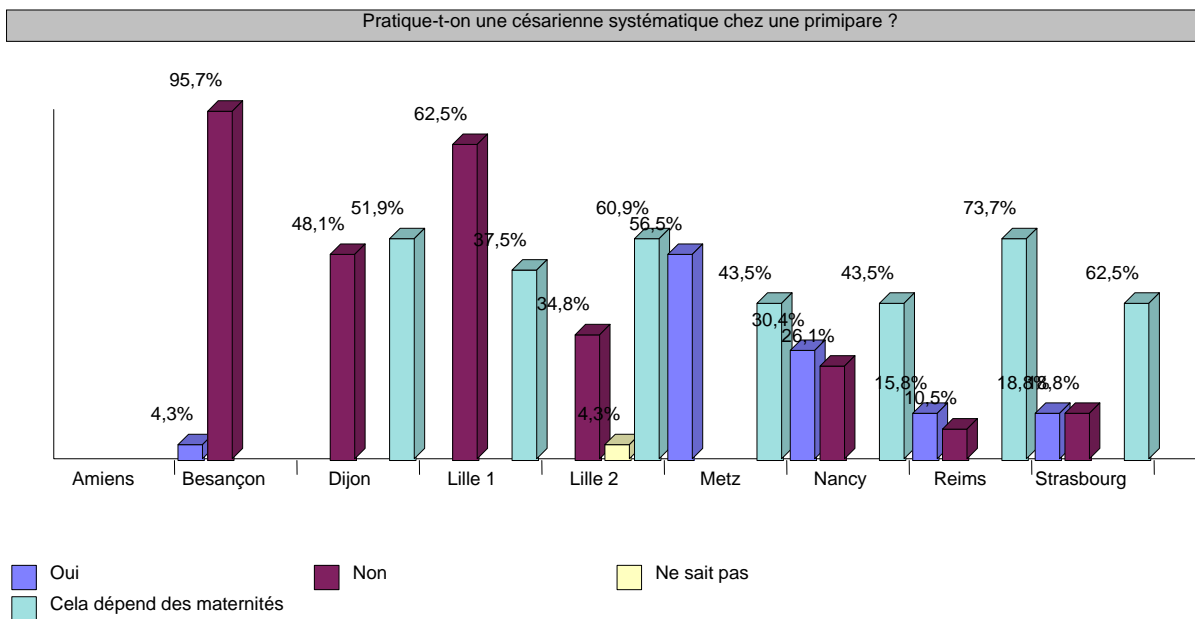
## 2.7. Pratique sur les lieux de stage

*Pratique-t-on une césarienne systématique chez une primipare ?*

Réponses générales :

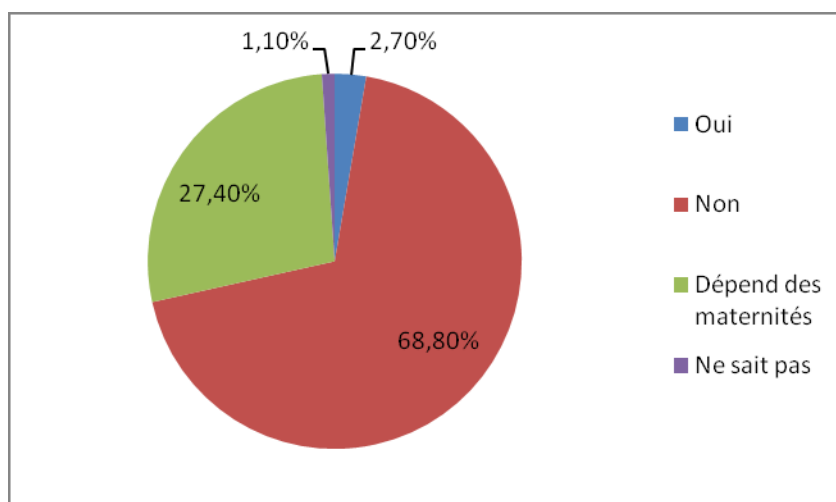


## Réponses par école :

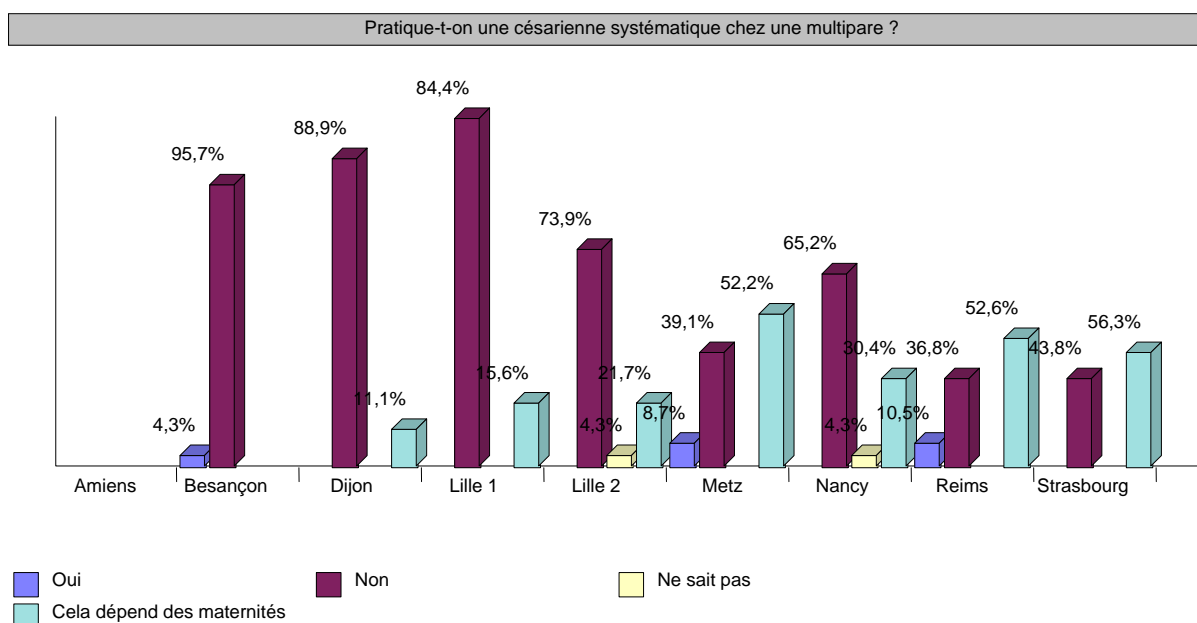


### 2.7.1. Pratique-t-on une césarienne systématique chez une multipare ?

Réponses générales :



## Réponses par école :



## 2.8. Etudiants ayant vu ou pratiqué l'accouchement du siège VS ceux qui n'en ont pas vu

Les deux analyses suivantes ont pour but de savoir si les réponses par rapport à la perception de l'accouchement du siège, ainsi que celles concernant sa prise en charge diffèrent selon que les étudiants ont vu, pratiqué ou non un accouchement du siège.

Les étudiants sont divisés en quatre groupes :

- Groupe P (n=34) : étudiants ayant pratiqué l'accouchement du siège
- Groupe NP (n=152) : étudiants n'ayant pas pratiqué l'accouchement du siège
- Groupe V (n=157) : étudiants ayant vu l'accouchement du siège
- Groupe NV (n=29) : étudiants n'ayant pas vu l'accouchement du siège

Les questions ont été choisies en fonction de leur pertinence : trois sur la perception de l'accouchement du siège, et six par rapport au suivi du travail.



La question concernant l'enchaînement des manœuvres à effectuer pour aider à l'expulsion aurait pu être intéressante, mais elle comprenait un biais, l'exploitation n'était pas possible dans ces conditions d'analyse.

### **2.8.1. L'observation de l'accouchement du siège**

Dans cette partie, les réponses des étudiants ayant vu un accouchement du siège sont étudiées par rapport à leur perception de l'accouchement du siège et leurs réponses par rapport au suivi du travail. En tout, 157 étudiants ont déjà assisté à un accouchement du siège.

*Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège ?*

	OUI	Ne sait pas	NON
Groupe V	28%	34%	<b>38%</b>
Groupe NV	11,1%	18,5%	<b>70,4%</b>

*Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?*

	OUI	NON
Groupe V	<b>95%</b>	5%
Groupe NV	<b>96,4%</b>	3,6%

*Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?*

	OUI	NON
Groupe V	<b>71,3%</b>	28,7%
Groupe NV	<b>60,7%</b>	39,3%

***L'apparition de liquide méconial est-elle de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ? (réponse : non)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>53,5%</b>	46,5%
Groupe NV	46,4%	<b>53,6%</b>

***Quand rompre la poche des eaux ? (réponse : le plus tard possible)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>98%</b>	2%
Groupe NV	<b>96,4%</b>	3,6%

***Que faut-il faire lorsque l'ombilic est visible ? (réponse : faire une anse au cordon ; ne pas intervenir)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>94,2%</b>	5,8%
Groupe NV	<b>85,1%</b>	14,9%

***Quand faire les manœuvres si nécessaire ? (réponse : quand les omoplates sont à la vulve)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>53,8%</b>	46,2%
Groupe NV	50%	50%

***Quand effectuer la manœuvre de Mauriceau ? (réponse : quand la tête est engagée)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>69%</b>	31%
Groupe NV	<b>64,2%</b>	35,8%

***Installation lors de l'expulsion (réponse : quand la tête est en partie basse)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe V	<b>88,3%</b>	11,7%
Groupe NV	<b>85,7%</b>	14,3%

**2.8.2. La pratique de l'accouchement du siège**

Dans cette partie, les réponses des étudiants ayant pratiqué un ou plusieurs accouchements du siège sont également étudiées par rapport à leur perception de l'accouchement du siège et au suivi du travail. En tout, 34 étudiants sur 186 ont déjà pratiqué un ou plusieurs accouchements du siège.

***Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège ?***

	OUI	Ne sait pas	NON
Groupe P	<b>55,8%</b>	32,3%	11,9%
Groupe NP	18,5%	31,7%	<b>49,8%</b>

***Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?***

	OUI	NON
Groupe P	<b>100%</b>	0 %
Groupe NP	<b>95,3%</b>	4,7%

***Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?***

	OUI	NON
Groupe P	<b>88,2%</b>	11,8%
Groupe NP	<b>66,2%</b>	33,8%

***L'apparition de liquide méconial est-elle de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ? (réponse : non)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	48,5%	<b>51,5%</b>
Groupe NP	33,7%	<b>66,3%</b>

***Quand rompre la poche des eaux ? (réponse : le plus tard possible)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	<b>97%</b>	3%
Groupe NP	<b>98%</b>	2%

***Que faut-il faire lorsque l'ombilic est visible ?(réponse : faire une anse au cordon, ne pas intervenir)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	<b>94,1%</b>	5,9%
Groupe NP	<b>92,7%</b>	7,3%

***Quand faire les manœuvres si nécessaire ? (réponse : quand les omoplates sont à la vulve)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	<b>58,8%</b>	41,2%
Groupe NP	<b>51,6%</b>	48,4%

***Quand effectuer la manœuvre de Mauriceau ?(réponse : sur une tête engagée)***

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	<b>55,8%</b>	44,2%
Groupe NP	<b>70,2%</b>	29,8%

*Installation lors de l'expulsion (réponse : quand le siège est en partie basse)*

	Bonne réponse	Mauvaise réponse
Groupe P	<b>82,3%</b>	17,7%
Groupe NP	<b>88%</b>	12%

## Chapitre 3 : *Résultats* *et exploitation de l'étude*

Cette dernière partie qui interprète les résultats du questionnaire va permettre de les mettre en relation avec les éléments donnés dans la première partie.

Ainsi, les hypothèses seront validées ou non et des éléments de réponses aux questions posées seront ainsi obtenus.

Les résultats sont présentés dans le même ordre que dans le questionnaire et les différentes parties sont respectées.

Certains résultats sont justifiés à l'aide des commentaires des étudiants.

Les hypothèses qui seront validées ou réfutées sont les suivantes :

- Malgré un programme des études de sage-femme national, tous les étudiants ne bénéficient pas de la même formation, qu'elle soit théorique ou pratique sur mannequin.
- Selon les objectifs de la formation clinique minimale, les étudiants doivent participer activement à plusieurs accouchements du siège et deux doivent être réalisés avant la fin de la formation initiale, ce qui est loin d'être le cas.
- Les étudiants sage-femme ayant pratiqué au moins un accouchement du siège ont davantage tendance à considérer cette présentation comme eutocique.
- Les étudiants sage-femme ayant pratiqué au moins un accouchement du siège sont plus confiants en leur capacité à suivre le travail d'une présentation podalique.
- Les étudiants ayant déjà assisté à un ou plusieurs accouchements du siège ou l'ayant pratiqué ont des connaissances plus précises concernant la pratique.

# **1. DE LA FORMATION THEORIQUE A LA PRATIQUE DU SIEGE**

## **1.1. Formation théorique**

La moyenne d'heures d'enseignement théorique était de 4 heures. Pourtant, on observe de grandes disparités selon les écoles, le nombre d'heures de cours variant de 2,6 heures à 6,5 heures.

Pourtant, ce n'est pas dans les écoles qui y consacrent le plus d'heures d'enseignement que les élèves ont de meilleures connaissances théoriques.

Les cours théoriques étaient dispensés par un obstétricien ou une sage-femme formatrice.

Les points abordés dans l'enseignement théorique étaient les mêmes dans toutes les écoles: les critères de choix d'une patiente pour l'accouchement voie basse, le suivi du travail et l'attitude à adopter lors de l'expulsion. Les nouvelles postures d'accouchement du siège (notamment celles de Bernadette de Gasquet) n'étaient pas enseignées.

Le programme de l'enseignement théorique est donc sensiblement le même dans toutes les écoles.

## **1.2. Formation pratique sur mannequin**

La moyenne d'heures d'enseignement pratique sur mannequin était de 1,6 heure. Là aussi on observe une importante variabilité suivant les écoles, le nombre d'heures oscillant entre 0,5 heure et 6,2 heures. A noter que dans l'une des écoles il n'y a pas eu de cours pratique sur les manœuvres mais que l'obstétricien les a montrées sur un bassin osseux.

Certes, il est intéressant de voir la mécanique obstétricale à travers un bassin osseux, mais n'est-il pas aussi important que les étudiants pratiquent eux-mêmes les

manœuvres en simulation avec l'aide d'un professionnel expérimenté ? C'est en tout cas ce qui est ressorti des commentaires des étudiants de cette école, déplorant le manque de pratique sur mannequin.

La personne chargée de cet enseignement était dans la majorité des cas une sage-femme enseignante.

Les cinq manœuvres les plus enseignées en théorie étaient celles de Bracht (94,1%), Lovset (93,5%), Mauriceau (92,5%), la grande extraction de siège (79%) et la petite extraction de siège (75,8%). Les manœuvres de Lovset, Bracht et Mauriceau sont enseignées dans toutes les écoles, le pourcentage n'atteignant pas 100% à cause des non réponses.

Les trois manœuvres les plus enseignées sur mannequin étaient celles de Lovset (76,3%), Bracht (74,2%) et Mauriceau (72,6%), soit celles d'aide à l'expulsion pour Bracht et Lovset ou que les sages-femmes sont le plus fréquemment amenées à faire.

Les trois manœuvres que les étudiants ont été les plus amenés à pratiquer sur mannequin étaient également celles d'aide à l'expulsion ou pratiquées le plus souvent par les sages-femmes, avec Bracht (52,7%), Lovset (51,1%) et Mauriceau (50,5%).

**L'hypothèse selon laquelle « Malgré un programme des études de sage-femme national, tous les étudiants ne bénéficient pas de la même formation, qu'elle soit théorique ou pratique sur mannequin » est donc partiellement validée.**

En effet, en ce qui concerne la formation théorique, les étudiants n'ont certes pas tous le même nombre d'heures d'enseignement, mais les points abordés sont identiques, et les réponses correctes ou non se retrouvent au sein d'une même école.

Par contre, au niveau de la formation sur mannequin, tous les étudiants n'ont pas la même formation, que ce soit au niveau du volume horaire, des manœuvres enseignées, et de la possibilité de s'entraîner avec un professionnel.

Cette hypothèse est aussi confirmée par l'avis des étudiants par rapport à leur formation, qui n'est pas homogène selon les écoles.



### 1.3. Formation clinique en stage

En moyenne, 84,4% des étudiants sage-femme ont assisté à un accouchement du siège. Malgré tout, on observe une grande disparité suivant les écoles, les pourcentages variant de 65,6% à 95,7%.

Ces résultats peuvent être mis en relation avec la pratique systématique ou non d'une césarienne pour présentation du siège. En effet, on remarque qu'à Metz (où le taux d'étudiants ayant assisté à un accouchement du siège est le plus faible) le taux de pratique systématique d'une césarienne chez une primipare est le plus élevé (56,5%) et que pour une multipare cela varie d'une maternité à l'autre.

Par contre, Besançon (où le taux d'étudiants ayant assisté à un accouchement du siège est le plus élevé), est aussi le lieu où l'on fait le moins de césarienne systématique chez une primipare (95,7%).

La plupart du temps, il s'agissait d'un singleton (79,6%), le suivi du travail étant différent de celui d'une grossesse gémellaire.

Majoritairement, les étudiants ont assisté à un ou deux accouchements du siège. La moyenne de toutes les écoles est de 2,4 accouchements du siège vus par les élèves. Selon les écoles, on observe une moyenne variant de 1,1 à 3,5 accouchements par élève.

Selon les objectifs de la formation initiale, un étudiant devrait « participer activement à au moins deux accouchements du siège ». Participer activement ne veut pas dire pratiquer, comme c'est le cas pour les accouchements par le sommet. Cette nuance a été apportée au programme des études de sage-femme de 2001, car l'objectif de réaliser deux accouchements était rarement atteint, notamment en raison de la césarienne de plus en plus fréquente pour cette présentation.

Mais que veut dire « participer activement » ? Est-ce suivre le travail et pratiquer l'accouchement ou est-ce simplement suivre le travail et laisser la sage-femme, l'interne ou l'obstétricien pratiquer l'expulsion ? La réponse à cette question n'est pas claire,

probablement pour permettre à tous les étudiants de satisfaire aux objectifs de la formation initiale.

Pourtant, tous les étudiants ne satisfont pas à ce critère : d'après l'étude, 94 étudiants sur 186 ont vu au moins deux accouchements du siège, soit la moitié de la population interrogée. Parmi eux, seuls 34 ont pu pratiquer l'accouchement du siège.

La plupart du temps, la personne ayant pratiqué l'accouchement était l'obstétricien (60,8%) ou l'interne (45,7%). La sage-femme intervenait plus rarement (25,7%). La sage-femme ne pratiquant qu'un quart des accouchements du siège, cela explique que très peu d'étudiants peuvent à leur tour le pratiquer.

Seulement 18,3% des étudiants ont pu pratiquer l'accouchement du siège, soit 34 sur 186. Selon les écoles, la variabilité est importante et va de 0% à 31,3%.

La moyenne du nombre d'accouchements pratiqués était de 1,4.

**L'hypothèse « Selon les objectifs de la formation clinique minimale, les étudiants doivent participer activement à au moins deux accouchements du siège, ce qui est loin d'être le cas » est validée.**

En effet, tous les étudiants n'ont pas encore eu l'occasion d'assister à un accouchement du siège et très peu ont pu le pratiquer.

En ayant assisté à au moins deux accouchements du siège, 50% des étudiants satisfont donc à la formation clinique minimale.

A observer cependant des inégalités selon les écoles, en rapport direct avec la pratique des maternités où ils sont stagiaires.

**Les exigences de la formation initiale actuelle ne sont donc pas compatibles avec la pratique réelle.**

Dans la majorité des cas (78,8%), la réalisation d'une ou plusieurs manœuvres a été nécessaire, le plus souvent celles de Bracht (80%) et de Lovset (76,9%).

Pourquoi la pratique du siège selon Vermelin est-elle si rare (20%) ? Est-ce dû simplement à une volonté d'accélérer l'expulsion pour éviter une souffrance fœtale ou est-ce pour pallier une ébauche de dystocie ?

L'accouchement du siège est-il considéré comme eutocique ou dystocique par les professionnels, à tel point que l'on interviendrait plus souvent que nécessaire ?

## **1.4. Perception de l'accouchement du siège et de la formation initiale**

Pour la majorité des étudiants (69,6%), la présentation du siège était eutocique et pour la quasi-totalité d'entre eux, elle avait sa place dans les compétences de la sage-femme (95,7%).

Par contre, les réponses concernant la pratique de l'accouchement du siège étaient plus mitigées : seulement 25,3% des étudiants s'en sentaient capables contre 42,5% qui ne pensaient pas l'être, les 31,7% restant n'ayant pas d'avis défini.

La majorité des étudiants ne se sent donc pas capable de pratiquer l'accouchement du siège. Est-ce une tendance générale ou est-ce seulement dû à un manque de pratique ? Un élément de réponse peut être trouvé grâce aux analyses croisées qui suivent un peu plus loin.

En moyenne, les étudiants jugeaient leur formation théorique assez satisfaisante, leur formation pratique sur mannequin assez satisfaisante et leur formation en stage peu satisfaisante. Des disparités sont là aussi observées, les avis allant dans tous les items de peu satisfaisant à satisfaisante.

Les étudiants ne sont globalement que moyennement satisfaits de leur formation (et surtout de leur formation clinique), le qualificatif « assez satisfaisant » étant équivalent à une note de 3 sur 5, soit la médiane.

## 1.5. Etat des lieux des connaissances

Les questions posées étaient celles considérées comme la base de ce qu'il faut savoir sur la présentation du siège.

Les étudiants ayant bien répondu ou non aux questions se retrouvaient dans la même école, ce qui ne remet en aucun cas en question la formation théorique dispensée.

93% des étudiants savaient que le point de repère de la présentation podalique est la pointe du sacrum, les connaissances sont donc considérées comme acquises.

Lors de l'arrivée aux urgences obstétricales d'une patiente présentant un siège, 99,5% des étudiants feraient une échographie et 97,3% appelleraient l'obstétricien senior.

Par contre, seuls 53,8% d'entre eux feraient un contenu utérin. Il s'agit pourtant d'un examen fiable pour rechercher une déflexion de la tête, mais moins pratiqué de nos jours, ce qui explique en partie le fort pourcentage de mauvaise réponse. Mais c'est aussi le pourcentage de non réponse le plus important (11,8%), montrant peut-être un manque d'information des étudiants.

Les avis concernant la radiopelvimétrie en urgence étaient mitigés : 50% des étudiants n'en feraient pas contre 41,9% répondant par l'affirmative.

Rappelons que la radiopelvimétrie est obligatoire chez toutes les patientes présentant un siège. En effet, le siège peut s'engager dans le bassin sans que la tête ne puisse car le diamètre bi-trochantérien est plus petit que le bipariétal. Un cas de figure comme celui-ci expose à une rétention de tête au-dessus du détroit supérieur, entraînant dans la grande majorité des cas la mort de l'enfant. Ainsi, d'un point de vue médico-légal, si la radiopelvimétrie n'est pas réalisée et qu'il y a une dystocie, c'est une erreur médicale.

La quasi-totalité des élèves (97,3%) savait que la poche des eaux doit être rompue le plus tard possible (afin de garder un « coin dilatateur » le plus longtemps possible). Cette connaissance est donc considérée comme acquise.

La majorité (76,7%) savait aussi que l'on n'accepte pas une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure, mais cela montre tout de même qu'un étudiant sur quatre ne se poserait pas de question si la dilatation du col n'était pas brillante, ce qui révèle pourtant une dystocie.

Les réponses étaient plus mitigées concernant l'apparition de liquide méconial durant le travail. En effet, pour 42,5% des étudiants c'était un facteur de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse (entendre par là : une césarienne pour souffrance fœtale) et pour 52,2% d'entre eux ce n'était pas pathologique car les touchers vaginaux vont stimuler l'anus et donc créer un réflexe de défécation chez le fœtus.

On en conclut donc que plus de la moitié des étudiants s'alerterait en cas d'apparition de liquide méconial alors que c'est tout à fait physiologique.

La plupart des étudiants (72,5%) savait que lors de l'expulsion, il faut appeler l'obstétricien senior, l'anesthésiste et le pédiatre, garants de la sécurité de la mère et de l'enfant. Pourtant, un étudiant sur quatre n'assurerait pas une sécurité optimale de la patiente et de l'enfant en réunissant l'équipe au complet.

Concernant l'installation de la patiente pour l'expulsion, la majorité des élèves (86,6%) savait aussi qu'il faut installer la patiente pour l'accouchement lorsque le siège est en partie basse, voire tête à la vulve, afin de ne pas épuiser la patiente avec une durée d'efforts expulsifs trop longue.

Les réponses concernant la perfusion systématique d'ocytociques étaient plus mitigées : 51,8% des étudiants les utiliseraient systématiquement, contre 39,8% qui ne le feraient pas. Ceci est peut-être dû à la diversité de pratique des obstétriciens ou encore à un biais de l'énoncé. En effet il n'était pas précisé que cette question ne tenait compte que de l'expulsion. Néanmoins, de nombreux étudiants ont justifié leur réponse en disant qu'ils utilisaient systématiquement des ocytociques lors de l'expulsion afin de conserver une bonne dynamique utérine.

L'attitude concernant le moment où l'on peut effectuer les manœuvres est variable. 52,7% des étudiants ont donné la bonne réponse, à savoir quand les omoplates sont à la vulve, mais 24,2% d'entre eux effectueraient des manœuvres quand l'ombilic est visible et 18,8% quand les fesses sont sorties, ce qui dans les deux cas est dangereux pour le fœtus car trop précoce.

Environ un étudiant sur deux serait donc dangereux pour le fœtus, en risquant de créer une dystocie qui n'avait pas lieu d'être.

L'attitude face à l'épisiotomie rejoint les nouvelles recommandations, à savoir le moins possible : 69,4% des étudiants n'en feraient pas systématiquement, contre 26,9% qui la pratiqueraient. Les deux positions sont justifiées, pourtant selon les différentes sources, il semble plus sécuritaire de pratiquer une épisiotomie prophylactique dans l'objectif d'être plus à l'aise en cas de manœuvres à effectuer.

Concernant les situations pouvant être gravissimes pour le fœtus, les étudiants ont bien répondu dans la majorité des cas : 95,7% d'entre eux savaient que le dos tournant en avant est eutocique, 90,3% que s'il tourne en arrière c'est pathologique et qu'il faut effectuer des manœuvres pour sauver le fœtus en empêchant le menton de s'accrocher sous la symphyse. Enfin, 93,5% d'entre eux savaient que la rétention de tête dernière a des conséquences fatales pour le fœtus et qu'il faut utiliser le forceps si la situation le permet.

Les résultats sont concluants. Pourtant, des pourcentages proches de 100% étaient attendus pour toutes les questions, connaissant la gravité de la situation si le dos tourne en arrière ou si on a une rétention de tête dernière.

La question concernant les manœuvres à enchaîner lors de l'expulsion comportait en réalité un biais. En effet, les divers ouvrages consultés ne préconisent pas tout à fait la même façon de faire. Dans tous les cas, la manœuvre de Lovset se fait en premier, mais ensuite les avis divergent. Certains ne font que la manœuvre de Mauriceau et considèrent que la manœuvre de Bracht en fait partie, tandis que pour d'autres il faut compléter par la manœuvre de Bracht. Pour d'autres encore, la manœuvre de Mauriceau ne fait pas partie des manœuvres d'aide à l'expulsion, mais des

manœuvres permettant de gérer une réelle dystocie. Les manœuvres d'aide à l'expulsion seraient alors celle de Lovset suivie de Bracht.

De plus, certains étudiants ont argumenté dans leur réponse au questionnaire que la manœuvre de Mauriceau était interdite. Pour pallier au mieux ce biais, les réponses justes ont été considérées comme les suivantes : Lovset + Bracht ou Mauriceau ou alors Lovset + Mauriceau + Bracht.

Les résultats obtenus sont: 60,8% des élèves connaissent le bon enchaînement des manœuvres d'aide à l'expulsion. Certes, c'est la majorité, mais cela montre aussi que 40% des étudiants ne sauraient pas quelle attitude adopter s'ils devaient simplement accélérer l'expulsion si besoin.

Pour la question concernant l'attitude à adopter lorsque l'ombilic est visible, les réponses justes sont les suivantes : ne pas intervenir (30,6%) ou faire une anse au cordon (61,8%). Ainsi, 92,4% des étudiants ont bien répondu à cette question.

La connaissance est donc considérée comme acquise.

Enfin, les réponses relatives à la manœuvre de Mauriceau n'étaient pas aussi uniformes : pour 67,2% des élèves elle se pratiquerait sur une tête engagée alors que pour 18,3% d'entre eux elle se pratiquerait sur une tête non engagée. On remarque aussi le pourcentage important d'étudiants ne sachant pas répondre (13,4%), ce qui amène à penser que l'enseignement n'a peut-être tout simplement pas été assez explicite sur ce point.

## **1.6. Influence réelle de la pratique sur la perception d'une situation et sur l'acquisition des connaissances**

En confrontant les réponses des étudiants ayant assisté ou non à un accouchement du siège, avec celles de ceux l'ayant pratiqué ou pas, cette étude va permettre d'accepter ou de réfuter les hypothèses suivantes :

- Les étudiants sage-femme ayant pratiqué au moins un accouchement du siège ont davantage tendance à considérer cette présentation comme eutocique.
- Les étudiants sage-femme ayant pratiqué au moins un accouchement du siège sont plus confiants face à leur capacité de suivi du travail d'une présentation podalique.
- Les étudiants ayant déjà assisté à un ou plusieurs accouchements du siège ou l'ayant pratiqué ont des connaissances plus précises concernant la pratique.

### *Perception de l'accouchement du siège*

Les étudiants ayant déjà pratiqué un ou plusieurs accouchements du siège avaient davantage confiance en leur capacité à accoucher une présentation podalique : 55,8% de oui pour ceux ayant déjà pratiqué, contre 11,1% pour ceux n'ayant jamais assisté. Ce résultat tendrait aussi à montrer que la pratique participerait à renforcer la confiance en soi.

**L'hypothèse selon laquelle « Les étudiants sage-femme ayant pratiqué au moins un accouchement du siège sont plus confiants face à leur capacité de suivi du travail d'une présentation podalique » est donc validée.**

Toutes catégories confondues, les étudiants pensaient que l'accouchement du siège avait sa place dans les compétences de la sage-femme (autour de 95% de « oui »). C'est donc une compétence reconnue par les élèves sage-femme pour les sages-femmes.



Les étudiants ayant pratiqué l'accouchement du siège considéraient davantage cette présentation comme eutocique : 88,2% de oui pour ceux ayant déjà pratiqué, contre 60,7% pour ceux n'ayant jamais assisté.

Ceci pourrait montrer que lorsque que l'on connaît une situation, elle est appréhendée plus sereinement.

### *Les connaissances théoriques*

Les pourcentages de réponses justes concernant l'apparition de liquide méconial durant le travail variaient entre les groupes : ce n'est pas pathologique pour 48,5% des étudiants ayant déjà pratiqué, contre 33,7% pour ceux n'ayant pas pratiqué.

Ainsi, les étudiants ayant déjà pratiqué l'accouchement semblent avoir mieux acquis cette connaissance.

Les pourcentages de réponses justes concernant l'amniotomie étaient sensiblement les mêmes dans les différentes catégories (autour de 96% de réponses justes).

Cette connaissance est donc considérée comme acquise pour tous les étudiants.

Les pourcentages de réponses justes concernant l'attitude à adopter lorsque l'ombilic est visible sont sensiblement les mêmes entre le groupe n'ayant jamais pratiqué et celui ayant déjà pratiqué. Néanmoins, les étudiants ayant déjà pratiqué donnent plus souvent la bonne réponse (94,1%) que ceux n'y ayant jamais assisté (85,1%).

On pourrait donc déduire que cet élément pratique est mieux acquis par les étudiants car il est renforcé par le fait de « faire », il y a un repère dans le temps et dans le déroulement de l'accouchement, contrairement à une connaissance plus théorique comme la rupture de la poche des eaux.

Les pourcentages de réponses justes par rapport au moment opportun pour effectuer des manœuvres sont certes sensiblement les mêmes dans les différentes catégories, mais il n'est que d'environ 55%, ce qui au final montre que les étudiants n'ont pas de connaissances précises par rapport à cet élément.

Les pourcentages de réponses justes par rapport au moment où il est possible d'effectuer la manœuvre de Mauriceau sont plus étonnants : alors que l'on s'attend à avoir un pourcentage de réponse juste plus élevé pour les élèves ayant pratiqué, ce sont ceux n'ayant jamais pratiqué l'accouchement du siège qui donnent le plus de bonnes réponses, soit 70,2%, contre 55,8% pour les étudiants n'ayant jamais pratiqué.

Dans les deux groupes, la connaissance n'est pas considérée comme acquise. De plus, d'après les questionnaires, les étudiants ayant pratiqué l'accouchement du siège et ayant été amenés à pratiquer des manœuvres (soit 14% des étudiants, donc 5 étudiants) ont pratiqué la manœuvre de Mauriceau dans 26,9% des cas. Un seul étudiant n'a été confronté à cette situation, ainsi pour cette question, les 185 étudiants restant sont sur un pied d'égalité.

Cette question n'est donc pas exploitable pour l'analyse croisée.

Les pourcentages de réponses justes par rapport au moment opportun pour installer la patiente pour l'expulsion sont sensiblement les mêmes dans les différentes catégories (environ 85%). Cette connaissance est donc considérée comme acquise.

**L'hypothèse selon laquelle « Les étudiants ayant déjà assisté à un ou plusieurs accouchements du siège ou l'ayant pratiqué ont des connaissances plus précises concernant la pratique » est donc partiellement validée.**

Elle est vraie pour l'apparition de liquide méconial et l'attitude à adopter lorsque l'ombilic est visible, mais elle n'est pas justifiée pour l'amniotomie et le moment opportun pour effectuer des manœuvres si nécessaire.

**Les éléments de réponses à cette hypothèse sont donc mitigés, et ce n'est pas forcément en pratiquant que l'on devient compétent.**

## *Conclusion*

Ce travail avait entre autres pour objectif de savoir si malgré la diminution des accouchements voie basse du siège, les étudiants recevaient toujours une formation complète par rapport à cette situation particulière. C'est le cas au niveau théorique. Par contre, au niveau pratique, les failles révélées par le questionnaire semblent difficiles à combler.

En effet, l'accouchement du siège étant devenu une situation rare dans nos maternités, même si la sage-femme est présente lors de l'expulsion, dans 75% des cas l'obstétricien ou l'interne en obstétrique pratiquera l'accouchement, afin de conserver ses compétences en cas de complication. Qu'en est-il alors de l'étudiant sage-femme ?

Selon les commentaires de nombreux futurs collègues, la place est souvent laissée à l'interne, afin qu'il soit parfaitement formé en cas de besoin, ce qui est tout à fait logique car le médecin est le premier responsable en cas de problème.

Le problème de la perte de pratique par les équipes est en partie résolu par la formation continue, les hôpitaux organisant régulièrement des séances sur mannequin visant à consolider la pratique des manœuvres.

Néanmoins, l'accouchement du siège fait partie des compétences de la sage-femme, et est revendiqué comme tel par les étudiants. De plus, il est doublement considéré : tantôt eutocique et intégré aux compétences de la sage-femme, et tantôt dystocique, relevant alors des compétences de l'obstétricien.

Les équipes sont alors face à un dilemme, dû à la rareté de cette présentation : laisser la sage-femme accoucher la patiente qu'elle a suivie tant que la situation est eutocique et passer le relais à l'obstétricien en cas de dystocie, ou limiter les intervenants et laisser d'emblée l'obstétricien prendre en charge l'expulsion ?

Les nouveaux diplômés sauront-ils faire valoir leurs compétences de sage-femme dans l'équipe médicale pour réaliser cet accouchement afin de faire face si besoin à un accouchement inopiné du siège ?

# BIBLIOGRAPHIE

## *Livres*

[6 ; 7 ; 11 ; 12] Pratique de l'accouchement, 4<sup>e</sup> édition ; Jacques LANSAC, Henri MARRET, Jean-François OURY ; Editions MASSON 2006 ; 553 pages.

[5 ; 8 ; 9 ; 10 ; 13] Précis d'obstétrique, 6<sup>e</sup> édition ; R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR ; Editions MASSON 2003 ; 624 pages.

[14 ; 15] Mécanique et technique Obstétricales, 3<sup>e</sup> édition ; J.P. SHAAL, D. REITHMULER, R. MAILLET, M. UZAN ; Editions SAURAMPS Medical ; 922 pages.

[18] Psychologie cognitive : concepts fondamentaux ; Pierre BENEDETTO ; Collection *Principes*, Editions STUDYRAMA ; 128 pages.

[19] Introduction à la psychologie cognitive ; Charles TIJUS ; Editions NATHAN ; 215 pages.

[20] Apprentissage et mémoire ; Françoise CORDIER et Daniel GAONAC'H ; Editions ARMAND COLIN ; 127 pages.

[21] La psychologie cognitive ; Serge NICOLAS ; Editions ARMAND COLIN ; 220 pages.

[22] Psychologie cognitive : cours et exercices ; Alain LIEURY ; Editions DUNOD ; 548 pages.

## *Articles*

[1] Accouchement du siège par voie vaginale : évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes ; E. Lagrange, M. Ab der Halden, S. Ughetto, C. Boda, M. Accoceberry, C. Neyrat, C. Houlle, F. Vendittelli, H. Laurichesse-Delmas, B. Jacquetin, D. Lémery, D. Gallot ; Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 35, Numéro 9, pages 757 à 763 (septembre 2007).

[17] Accouchement en présentation du siège, Plaidoyer pour la voie basse ; XIVe JTA Journées de techniques avancées en gynécologie obstétrique, Procréation Médicalement Assistée et pédiatrie ; Janvier 1999.

[16] Complications du siège : relèvement des bras ; Centres Nationaux de la Formation Continue, Conduites à tenir ; Professeurs Robert MAILLET, Jean-Patrick SCHAAL, Claude COLETTE.

Site [www.syngof.fr](http://www.syngof.fr)

### ***Documents officiels***

[2] Programme des études de sage-femme de 1973 ; Arrêté du 23 mai 1973 relatif au programme des études de sage-femme, paru au J.O. du 27 mai 1973.

[3] Programme des études de sage-femme de 1985 ; Arrêté du 27 décembre 1985 relatif aux études de sage-femme, paru au J.O. du 27 décembre 1986.

[4] Programme des études de sage-femme de 2001 ; Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, paru au J.O. du 19 décembre 2001.

### ***Mémoire***

L'accouchement du siège : étude de l'évolution des pratiques et des compétences professionnelles ; Mémoire présenté et soutenu par Aurélie VADOIS, Etudiante sage-femme 4<sup>e</sup> année promotion 2004-2006 à l'école de Metz.

# TABLE DES MATIERES

<b>Sommaire .....</b>	<b>2</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 1 : La formation des sage-femmes .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Evolution du programme de la formation initiale .....</b>	<b>7</b>
Programme de 1973 .....	7
Programme de 1985 .....	7
Programme de 2001 .....	8
<b>2. Le suivi du travail et l'expulsion de la présentation podalique : conduites à tenir .....</b>	<b>9</b>
2.1. Le suivi du travail.....	9
2.1.1. Clinique .....	9
2.1.2. Mesures à prendre lors du diagnostic de début de travail.....	10
2.1.3. Rupture de la poche des eaux.....	11
2.1.4. Dynamique utérine .....	11
2.1.5. Apparition de liquide méconial durant le travail.....	11
2.1.6. Personnes devant être présentes lors de l'expulsion .....	11
2.1.7. Conditions à réunir avant de débiter l'expulsion.....	12
2.1.8. Episiotomie.....	12
2.2. Les manœuvres .....	12
2.2.1. Quand pratiquer les manœuvres ? .....	12
2.2.2. Manœuvres d'aide à l'expulsion .....	13
Lovset .....	13
Bracht.....	13
2.2.3. Manœuvres à réaliser en cas de dystocie.....	14
Suzor.....	14
Demelin).....	14
Couder.....	14
Mauriceau .....	15
Wiegand-Martin.....	15
Champetier de Ribes .....	16
2.2.4. Version par manœuvre interne.....	16
Préhension .....	16
Mutation.....	17
Grande extraction .....	17
Petite extraction .....	17
<b>3. Psychologie cognitive .....</b>	<b>19</b>
3.1. Définition .....	19
3.2. Principes fondamentaux .....	19
3.2.1. Les conceptions « associationnistes » de l'apprentissage et de la mémoire : Thorndike (1874-1949) .....	19
3.2.2. La mémorisation et l'oubli dans la conception behavioriste .....	20
L'importance de la répétition .....	20

<i>Définition de l'oubli</i> .....	21
<i>L'interférence rétroactive</i> .....	21
<i>Le transfert rétroactif</i> .....	22
<i>L'interférence ou le transfert proactif</i> .....	22
3.2.3. <i>Les trois étapes temporelles de la mémorisation</i> .....	22
<i>Une étape d'acquisition ou encodage de l'information</i> .....	22
<i>Une étape de rétention ou conservation de l'information</i> .....	22
<i>Une étape d'actualisation</i> .....	23
3.3. <i>Les fonctions de stockage : apprentissage et organisation des connaissances</i> ....	23

## **Chapitre 2 : Enquête par questionnaire auprès des écoles de sage-femme .....25**

### **1. Matériel et méthode .....26**

### **2. Réponses au questionnaire .....27**

2.1. Les écoles de sages-femmes.....	27
<i>Besançon (Franche-Comté)</i> .....	27
<i>Dijon (Bourgogne)</i> .....	27
<i>Ecole du CHU de Lille, soit Lille 1 (Nord-Pas-de-Calais)</i> .....	27
<i>Ecole de la Faculté libre de Médecine, soit Lille 2 (Nord-Pas-de-Calais)</i> .....	27
<i>Metz (Moselle)</i> .....	27
<i>Nancy (Meurthe-et-Moselle)</i> .....	27
<i>Reims (Champagne-Ardenne)</i> .....	27
<i>Strasbourg (Alsace)</i> .....	27
2.2. Formation théorique .....	28
<i>Nombre d'heures de cours théoriques</i> .....	28
<i>Type de support</i> .....	28
<i>Personne chargée de l'enseignement théorique</i> .....	28
<i>Points abordés dans l'enseignement théorique</i> .....	28
2.3. Formation pratique sur mannequin .....	29
<i>Nombre d'heures de cours</i> .....	29
<i>Personne chargée de l'enseignement</i> .....	29
<i>Manœuvres enseignées en théorie</i> .....	30
<i>Manœuvres enseignées sur mannequin</i> .....	30
<i>Manœuvres faites sur mannequin</i> .....	31
2.4. Formation en stage .....	31
<i>Avez-vous déjà assisté à un accouchement du siège ?</i> .....	31
<i>Si oui, était-ce un singleton ? Etait-ce un deuxième jumeau ?</i> .....	32
<i>A combien d'accouchements du siège avez-vous assisté ?</i> .....	32
<i>Qui a pratiqué l'accouchement auquel vous avez assisté ?</i> .....	33
<i>Avez-vous déjà pratiqué un accouchement du siège ?</i> .....	34
<i>Si oui, combien ?</i> .....	34
<i>Avez-vous dû pratiquer des manœuvres ?</i> .....	34
<i>Si oui, la ou lesquelles ?</i> .....	35
2.5. Perception de l'accouchement du siège .....	35
<i>Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?</i> .....	35
<i>Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?</i> .....	35
<i>Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège</i> .....	36
<i>Note de la formation théorique</i> .....	36
<i>Note de la formation pratique sur mannequin</i> .....	36
<i>Note de la formation pratique en stage</i> .....	37

2.6.	Etat des lieux des connaissances .....	37
	<i>Quel est le point de repère de la présentation podalique ?</i> .....	37
	<i>Que faites-vous lorsqu'une patiente en travail arrive aux urgences obstétricales avec une présentation podalique ?</i> .....	38
	<i>Echographie</i> .....	38
	<i>Contenu utérin</i> .....	38
	<i>Radiopelvimétrie en urgence</i> .....	38
	<i>Appel de l'obstétricien senior</i> .....	39
	<i>Quand rompez-vous la poche des eaux ?</i> .....	39
	<i>Pour une présentation podalique, accepte-t-on une vitesse de dilatation du col inférieure à un centimètre par heure ?</i> .....	40
	<i>L'apparition de liquide méconial est-elle un facteur de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse du siège ?</i> .....	40
	<i>Qui appelez-vous lors de l'expulsion ?</i> .....	40
	<i>A quel moment installez-vous la patiente pour l'expulsion ?</i> .....	41
	<i>Mettez-vous systématiquement une perfusion d'ocytociques ?</i> .....	41
	<i>A quel moment pouvez-vous intervenir en effectuant des manœuvres si nécessaire ?</i> .....	42
	<i>Pratiquez-vous une épisiotomie systématique ?</i> .....	42
	<i>Dans quel(s) cas les conséquences pour le fœtus sont-elles gravissimes ?</i> .....	43
	<i>Le dos tourne en avant</i> .....	43
	<i>Le dos tourne en arrière</i> .....	43
	<i>Rétention de tête dernière</i> .....	43
	<i>Enchaînement des manœuvres à réaliser si nécessaire lors de l'expulsion</i> .....	44
	<i>Que faites-vous lorsque l'ombilic est visible ?</i> .....	44
	<i>Dans quel cas pouvez-vous effectuer la manœuvre de Mauriceau ?</i> .....	45
2.7.	Pratique sur les lieux de stage .....	45
	2.7.1. <i>Pratique-t-on une césarienne systématique chez une primipare ?</i> .....	45
	2.7.2. <i>Pratique-t-on une césarienne systématique chez une multipare ?</i> .....	46
2.8.	Etudiants ayant vu ou pratiqué l'accouchement du siège VS ceux qui n'en ont pas vu .....	47
	2.8.1. <i>L'observation de l'accouchement du siège</i> .....	48
	<i>Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège</i> .....	48
	<i>Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?</i> .....	48
	<i>Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?</i> .....	48
	<i>L'apparition de liquide méconial est-elle de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ?</i> .....	49
	<i>Quand rompre la poche des eaux ?</i> .....	49
	<i>Que faut-il faire lorsque l'ombilic est visible ?</i> .....	49
	<i>Quand faire les manœuvres si nécessaire ?</i> .....	49
	<i>Quand effectuer la manœuvre de Mauriceau ?</i> .....	49
	<i>Installation lors de l'expulsion</i> .....	50
	2.8.2. <i>La pratique de l'accouchement du siège</i> .....	50
	<i>Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège</i> .....	50
	<i>Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?</i> .....	50
	<i>Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?</i> .....	50
	<i>L'apparition de liquide méconial est-elle de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ?</i> .....	51
	<i>Quand rompre la poche des eaux ?</i> .....	51
	<i>Que faut-il faire lorsque l'ombilic est visible ?</i> .....	51



<i>Quand faire les manœuvres si nécessaire ?</i> .....	51
<i>Quand effectuer la manœuvre de Mauriceau ?</i> .....	51
<i>Installation lors de l'expulsion</i> .....	52
<b>Chapitre 3 : Résultats et exploitation de l'étude</b> .....	<b>53</b>
<b>1. De la formation théorique a la pratique du siege</b> .....	<b>54</b>
1.1. Formation théorique .....	54
1.2. Formation pratique sur mannequin .....	54
1.3. Formation clinique en stage .....	56
1.4. Perception de l'accouchement du siège et de la formation initiale .....	58
1.5. Etat des lieux des connaissances .....	59
1.6. Influence réelle de la pratique sur la perception d'une situation et sur l'acquisition des connaissances .....	62
Perception de l'accouchement du siège .....	63
Les connaissances théoriques .....	64
<b>Conclusion</b> .....	<b>66</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>67</b>
Livres .....	67
Articles .....	67
Documents officiels .....	68
Mémoire .....	68
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>69</b>

## **Annexe 1 :**

# Questionnaire destiné aux étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 4<sup>e</sup> année à l'école de Metz et mon mémoire de fin d'études traite de la formation des étudiants sages-femmes 4<sup>e</sup> année du Grand Est par rapport à l'accouchement du siège. En effet, depuis que la césarienne pour siège (notamment chez les primipares) est quasi systématique, les professionnels et les étudiants sont de moins en moins confrontés à ce type de présentation.

Se sent-on « capable » de pratiquer quelque chose lorsque l'on a vu ou pratiqué que très rarement, voire lorsque l'on a appris que la théorie ?

La nouvelle génération de sages-femmes estime-t-elle qu'elle a encore une formation suffisante afin d'être capable de suivre le travail d'une parturiente présentant un siège et de pratiquer cet accouchement, en sachant utiliser les manœuvres à bon escient ?

Voici un aperçu des questions que je me pose et auxquelles je ne pourrai avoir de réponses sans votre aide...

Mon questionnaire est divisé en 6 parties, traitant tour à tour votre formation théorique, clinique, votre perception de l'accouchement du siège, vos connaissances, ainsi que la pratique dans les maternités où vous effectuez vos stages.

La partie sur vos connaissances a pour seul but d'évaluer si vous connaissez les grandes lignes pratiques de ce qu'une sage-femme doit savoir par rapport au suivi du travail et à l'expulsion d'un siège, c'est pourquoi je vous demanderai de répondre à ce questionnaire sans regarder votre cours, afin d'éviter les biais.

Je vous remercie d'avance de l'aide que vous allez m'apporter pour la réalisation de mon mémoire, et vous souhaite bon courage pour la fin de l'année !

Raphaëlle PROSI

## **I. Formation théorique**

1. Combien d'heures de cours théorique avez-vous eu sur l'accouchement du siège ?

.....  
.....

2. Avec quel type de support ?

- Cours magistral
- Power point
- Vidéo
- Démonstration sur mannequin

- Autre

Précisez :

.....  
.....

3. Quelle personne a été chargée de cet enseignement ?

- Sage-femme enseignant
- Sage-femme
- Obstétricien
- Interne
- Autre

Précisez :

.....  
.....

4. Dans votre cours sur l'accouchement du siège, avez-vous eu un enseignement portant sur :

- Les critères de choix des patientes pour l'accouchement voie basse du  siège
- Le suivi du trava
- Les nouvelles postures d'accouchement du siège
- L'attitude à adopter lors de l'expulsion (exemple : réaliser ou non une épisiotomie, quand faire de  manœuvres)

## **II. Formation pratique sur mannequin**

5. Combien d'heures de cours pratique avez-vous eu sur l'accouchement du siège ?

.....  
.....

6. Quelle personne a été chargée de cet enseignement ?

- Sage-femme enseignant
- Sage-femme
- Obstétricien
- Interne
- Autre

Précisez :

.....  
.....

7. Quelles manœuvres vous ont été enseignées ?

- Bracht : Théori   
Vu   
Fait
- Lovset : Théori   
Vu   
Fait

- Mauriceau : Théori  
Vu  
Fai
- Suzor : Théori  
V  
Fai
- Wiegand-Martin : Théori  
Vu  
Fait
- Demelin : Théori  
Vu  
Fait
- Couder : Théori  
Vu  
Fait
- Champetier de Ribes : Théor  
V  
Fa
- Grande extraction de siège : Théor  
V  
Fai
- Petite extraction de siège : Théor  
Vu  
Fai

### **III. Formation en stage**

8. Avez-vous déjà assisté à un accouchement voie basse du siège ?  
Oui  
Non
9. A) Si oui, était-ce un singleton ?  
Oui  
Non  
B) Ou était-ce un deuxième jumeau ?  
Oui  
Non
10. A) Si oui à la question 8, à combien d'accouchements du siège avez-vous assisté ?

.....  
 .....  
 B) Qui a pratiqué l'accouchement ?  
 • Etudiant sage-femme   
 • Sage-femme   
 • Obstétricien   
 • Interne   
 • Autre   
 Précisez :  
 .....  
 .....

11. Avez-vous déjà pratiqué un accouchement du siège ?  
 Oui   
 Non

12. Si oui, combien ?  
 .....  
 .....

13. A) Si oui, avez-vous dû pratiquer des manœuvres ?  
 Oui   
 Non

B) Si oui, la ou laquelle(s) ?  
 • Bracht   
 • Lovset   
 • Mauriceau   
 • Autre   
 Précisez :  
 .....  
 .....

**IV. Perception de l'accouchement du siège**

14. Pour vous, est-ce une présentation eutocique ?  
 Oui   
 Non   
 Je ne sais pas   
 Précisez : .....  
 .....  
 .....

15. Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ?  
 Oui   
 Non   
 Je ne sais pas

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

16. Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

17. A) Notez entre 1 et 5 votre formation théorique par rapport à l'accouchement du siège :

- 1 : pas du tout satisfaisante

- 2 : peu satisfaisante

- 3 : assez satisfaisante

- 4 : satisfaisante

- 5 : très satisfaisante

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

B) Notez entre 1 et 5 votre formation pratique sur mannequin par rapport à l'accouchement du siège :

- 1 : pas du tout satisfaisante

- 2 : peu satisfaisante

- 3 : assez satisfaisante

- 4 : satisfaisante

- 5 : très satisfaisante

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

C) Notez entre 1 et 5 votre formation en stage par rapport à l'accouchement du siège :

- 1 : pas du tout satisfaisante

- 2 : peu satisfaisante

- 3 : assez satisfaisante

- 4 : satisfaisante

- 5 : très satisfaisante

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

## V. Etat des lieux des connaissances

18. Quel est le point de repère de la présentation podalique ?

- Les fesses
- Les pieds
- La pointe du sacrum
- L'anus

19. Une patiente multipare arrive aux urgences gynécologiques et obstétricales à terme. Elle vous annonce que le fœtus est en siège décompleté.

Que faites-vous ?

- Une échographie  
Oui   
Non
- Un contenu utérin à la recherche d'une déflexion de la tête fœtale  
Oui   
Non
- Une radiopelvimétrie en urgence  
Oui   
Non
- Vous appelez l'obstétricien senior pour avoir son accord pour l'accouchement voie basse  
Oui   
Non

20. La patiente est en travail, elle est transférée en salle de naissances, la poche des eaux est intacte. Quand la rompez-vous ?

- Précocement
- Le plus tard possible

21. Accepte-t-on une vitesse de dilatation inférieure à 1 cm/min pour une présentation podalique (donc plus lente que pour une présentation céphalique) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Précisez : .....

.....

.....

.....

22. Le liquide devient méconial pendant le travail. Est-ce un facteur de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

23. Lors de l'expulsion, qui appelez-vous ?

- L'interne de garde
- L'obstétricien senio
- L'anesthésiste
- Le pédiatre
- Autre

Précisez : .....  
.....

24. A quel moment installez-vous la patiente pour l'expulsion?

- Quand le siège est en partie haut
- Quand le siège est en partie moyen
- Quand le siège est en partie bass

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

25. Mettez-vous systématiquement une perfusion d'ocytociques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

26. A quel moment pouvez-vous intervenir en réalisant des manœuvres si nécessaire? Dès que :

- Les fesses sont sortie
- L'ombilic est visib
- Les omoplates sont à la vulv
- Les bras sont sorti

27. Pratiquez-vous une épisiotomie systématique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez : .....  
.....  
.....  
.....

28. Dans quel(s) cas les conséquences pour le fœtus sont-elles gravissimes ?



- Le dos tourne en avant :  
 Oui   
 Non   
 Je ne sais pas   
 Précisez : .....  
 .....  
 .....

- Le dos tourne en arrière :  
 Oui   
 Non   
 Je ne sais pas   
 Précisez : .....  
 .....  
 .....

- Rétention de tête dernière :  
 Oui   
 Non   
 Je ne sais pas   
 Précisez : .....  
 .....  
 .....

29. Numérotez, dans le bon ordre, l'enchaînement des manœuvres les plus courantes à effectuer pour aider à l'expulsion :

- Mauriceau :  
 .....  
 .....
- Lovset :  
 .....  
 .....
- Bracht :  
 .....  
 .....

30. Lorsque l'ombilic est visible, il faut :

- Effectuer des manœuvres pour accélérer l'expulsion
- Faire une anse au cordon
- Faire de l'expression utérin
- Ne pas intervenir
- Je ne sais pas

31. Dans quel cas pouvez-vous effectuer la manœuvre de Mauriceau ?

- Sur une tête engagée
- Sur une tête pas encore engagée

- Je ne sais pas

## **VI. La pratique sur vos lieux de stage**

32. Sur vos lieux de stage, pratique-t-on une césarienne systématique pour siège chez :

A) Une primipare ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Cela dépend des maternités

B) Une multipare ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Cela dépend des maternités

## Annexe 2 : **Tableau récapitulatif des analyses croisées**

Les libellés des questions du tableau sont les suivantes, elles sont numérotées comme dans le tableau et sont accompagnées entre parenthèses de la réponse prise en compte pour le pourcentage.

1/ Actuellement, vous sentez-vous capable de pratiquer l'accouchement du siège ? (Pourcentage de « oui »)

2/ Pour vous, a-t-il sa place dans les compétences de la sage-femme ? (Pourcentage de « oui »)

3/ Pour vous, est-ce une présentation eutocique ? (Pourcentage de « oui »)

4/ L'apparition de liquide méconial durant le travail est-il un facteur de mauvais pronostic pour l'accouchement voie basse ? (Pourcentage de « non »)

5/ Quand faut-il rompre la poche des eaux ? (Pourcentage de « le plus tard possible »)

6/ Que faut-il faire lorsque l'ombilic est visible ? (Pourcentage de « faire une anse au cordon, ne rien faire »)

7/ Quand effectuer les manœuvres si nécessaire ? (Pourcentage de « lorsque les omoplates sont à la vulve »)

8/ Quand peut-on effectuer la manœuvre de Mauriceau ? (Pourcentage de « que si la tête est engagée »)

9/ Quand installez-vous la patiente pour l'expulsion ? (Pourcentage de « lorsque le siège est en partie basse »)

Questions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Jamais assisté</b>	<b>11,1%</b>	96,4%	<b>60,7%</b>	46,4%	96,4%	<b>85,1%</b>	50%	64,2%	85,7%
<b>Assisté</b>	28%	95%	71,3%	53,5%	98%	94,2%	53,8%	69%	88,3%
<b>Jamais pratiqué</b>	18,5%	95,3%	66,2%	<b>33,7%</b>	98%	92,7%	51,6%	<b>70,2%</b>	88%
<b>Pratiqué</b>	<b>55,8%</b>	100%	<b>88,2%</b>	<b>48,5%</b>	97%	<b>94,1%</b>	58,8%	<b>55,8%</b>	87,3%

Actuellement, les étudiants sage-femme ont de moins en moins l'occasion de pratiquer l'accouchement du siège, la voie basse étant plus rarement acceptée pour cette présentation qu'il y a quelques années.

Pourtant, un étudiant sage-femme doit avoir participé activement à au moins deux accouchements d'une présentation podalique durant ses études afin de satisfaire à la formation clinique minimale, mais surtout pour être compétent en cas d'accouchement inopiné par le siège.

Ce mémoire a été élaboré grâce à un questionnaire destiné aux étudiants sage-femme 4<sup>e</sup> année des écoles du Grand Est, afin de faire un état des lieux de leur formation théorique et pratique, d'évaluer leurs connaissances acquises et d'avoir leur point de vue par rapport à cet accouchement devenu rare en salle de naissances.

Il découle de cette enquête que la majorité des étudiants ne satisfont pas à la formation clinique minimale et qu'ils ne se sentent pas capables d'accoucher une présentation podalique... N'en résulterait-il pas une perte d'accès aux compétences de la sage-femme par rapport à l'accouchement du siège ?