



## 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

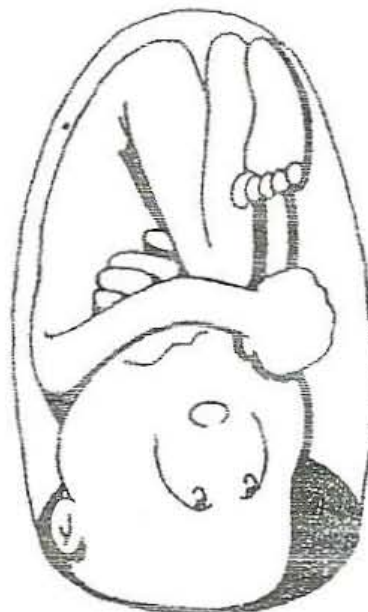
[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Université Henri Poincaré, Nancy 1  
Ecole de sage-femme de Metz

*Quand bébé regarde les étoiles :*

**La prise en charge des variétés postérieures pendant le travail**



Mémoire présenté et soutenu par JOLIOT Perrine

Née le 08 décembre 1987

Promotion 2007-2011

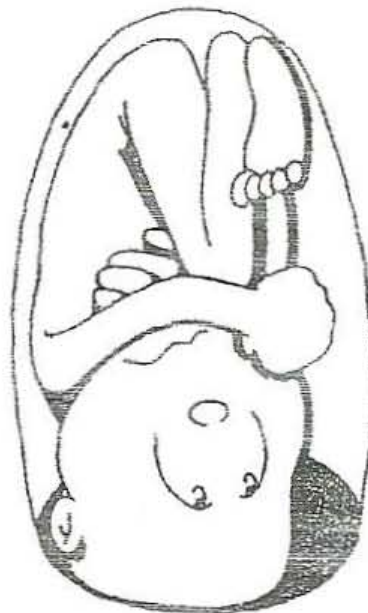


*Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur*

Université Henri Poincaré, Nancy 1  
Ecole de sage-femme de Metz

*Quand bébé a la tête dans les étoiles :*

**La prise en charge des variétés postérieures pendant le travail**



Mémoire présenté et soutenu par JOLIOT Perrine

Née le 08 décembre 1987

Promotion 2007-2011

*Je remercie toutes les personnes qui ont pris le temps de m'aider lorsque j'en avais  
besoin.*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE 1. DE LA THEORIE A LA PRATIQUE.....	4
1. Anatomie.....	5
1.1. Le bassin obstétrical.....	5
1.2. Le mobile fœtal.....	8
2. Mécanique obstétricale.....	13
2.1. Les différentes variétés.....	13
2.2. La rotation intra pelvienne.....	16
2.3. Etiologies des variétés postérieures.....	17
3. Les méthodes de rotation.....	18
3.1. La mobilité.....	18
3.2. La rotation manuelle.....	21
3.3. L'acupuncture.....	21
3.4. Les médicaments.....	22
CHAPITRE 2. RESULTATS DE L'ENQUETE.....	25
1. Mise en place de l'étude.....	26
1.1. Problématique.....	26
1.2. Hypothèses.....	26
1.3. Objectifs.....	26
1.4. Déroulement de l'enquête.....	26
2. Résultats.....	28
2.1. Renseignements personnels.....	28
2.2. Formations et connaissances.....	32
2.3. Pratiques professionnelles.....	39
2.4. Cas clinique.....	42
CHAPITRE 3. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	44

1. Analyse des hypothèses.....	45
1.1. Les variétés postérieures : eutocie ou dystocie ?.....	45
1.2. Les conditions d'exercice dans les maternités.....	46
1.3. Les formations insuffisantes des sages-femmes.....	47
2. Les pratiques des sages-femmes.....	48
2.1. Au cas par cas.....	48
2.2. Les contraintes exposées par les sages-femmes.....	52
3. Actions possibles.....	55
3.1. La péridurale déambulatoire.....	55
3.2. La formation des étudiants sages-femmes.....	56
3.3. L'acupuncture.....	57
4. Vers une prise en charge précoce ?.....	58
4.1. En fin de grossesse.....	58
4.2. Quelle information ?.....	59
4.3. Comment délivrer l'information ?.....	60
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	65



## INTRODUCTION

Les variétés postérieures pendant le travail peuvent causer des situations étroitement liées à la pathologie. Elles entraînent des accouchements plus longs et par là même peuvent aboutir à des souffrances fœtales et des extractions instrumentales.

En temps qu'étudiante sage-femme, j'ai souvent eu l'occasion d'observer leur prise en charge par les professionnels de salle de naissances lorsque le travail de la parturiente se compliquait, voire même en prévention de complications. C'est ainsi que j'ai pu voir toutes sortes de techniques mises en œuvres afin d'aider le fœtus à tourner en avant, position plus favorable pour accoucher.

Une question s'est alors imposée à mon esprit : quels facteurs influencent la prise en charge par les sages-femmes des variétés postérieures pendant le travail ? Quelles sont les limites à cette prise en charge ?

C'est pourquoi dans un premier temps nous allons retracer les bases théoriques nécessaires à la compréhension des variétés postérieures ainsi que les méthodes décrites dans la littérature. Dans un second temps une enquête menée auprès des sages-femmes de terrain permettra d'identifier leurs propres techniques et ce qui les influence dans leurs pratiques. Enfin nous analyserons toutes les éventualités et nous ferons quelques propositions visant à perfectionner la prise en charge des parturientes par les sages-femmes.

CHAPITRE PREMIER :  
DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

## 1. Anatomie :

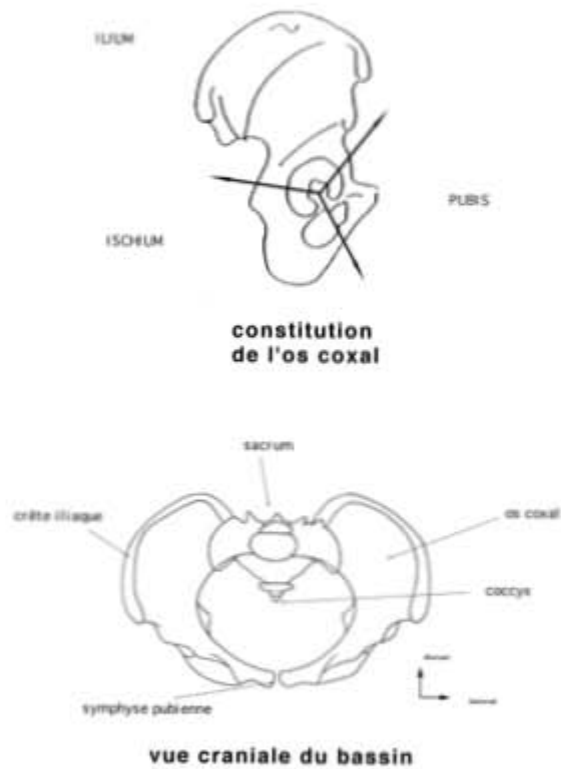
Pour naître par les voies naturelles, le fœtus doit se frayer un chemin au sein du canal pelvi-génital maternel : c'est la confrontation foeto-pelvienne. Elle met en jeu deux éléments, le bassin maternel et le mobile fœtal, qui fonctionnent en « tenon et mortaise ».

### 1.1. Le bassin obstétrical : [9] [7]

Schématiquement, le bassin osseux est composé de quatre os : le sacrum en arrière terminé par le coccyx et les deux os coxaux latéralement. En détail :

- Le sacrum est composé de 4 à 5 vertèbres soudées entre elles ; la première s'articule avec le rachis lombaire, la dernière avec le coccyx ; il est concave en avant.
- Le coccyx comprend 3 vertèbres soudées entre elles ; il s'articule à sa partie supérieure avec le sacrum, est refoulable en arrière par le mobile fœtal lors de sa descente dans la filière génitale, c'est la rétro pulsion du coccyx.
- Les os coxaux sont constitués chacun d'un ilion, d'un ischion et d'un pubis soudés ; les deux pubis sont articulés entre eux par une articulation semi-mobile ligamentaire qui permet l'étirement du bassin latéralement lors de l'expulsion du mobile fœtal.

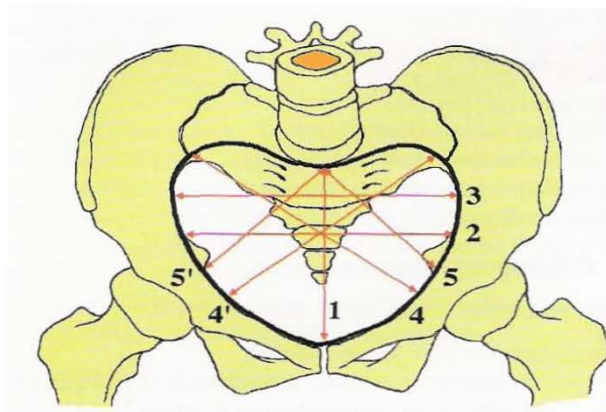
Le bassin osseux est limité en haut par le détroit supérieur, en bas par le détroit inférieur, latéralement et en avant par les os coxaux et en arrière par le sacrum.



*Figure 1 : schéma du bassin osseux*

Le détroit supérieur est limité en arrière par le promontoire du sacrum, latéralement par le bord antérieur des ailes iliaques, en avant par le bord supérieur du pubis. Sa forme est celle d'un ovale à grand axe transversal. Il présente différents diamètres antéropostérieurs, transverses et obliques :

- Le promonto-retro-pubien (PRP) : 105 mm
- Le transverse médian : 125 mm
- Le transverse maximum : 135 mm
- Les diamètres obliques droit et gauche : 120 mm



L'accouchement par voie basse est conditionné par la forme et les dimensions du bassin maternel.

Les valeurs moyennes des différents diamètres du bassin maternel sont les suivantes :

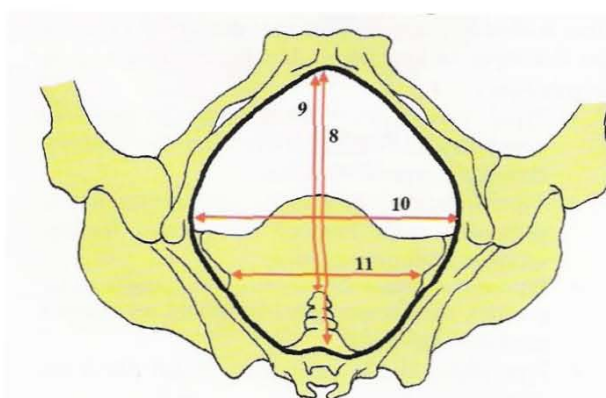
#### Détroit supérieur

1	promonto-rétro-pubien (PRP).....	105 mm
2	transversal médian (TM) .....	125 mm
3	transversal maximum .....	135 mm
4	obliques G et D.....	120 mm
5	sacro-cotyloïdiens G et D.....	90 mm

Figure 2 : Le détroit supérieur et ses diamètres [9]

Le détroit inférieur est limité par quatre repères osseux disposés en losange : en avant le bord inférieur de la symphyse pubienne, de chaque côté par la branche ischio-pubienne et en arrière le sommet du coccyx. Ces formations osseuses sont complétées par les ligaments sacro-tubéral et sacro-épineux de chaque côté. Les diamètres rencontrés sont :

- Le sous-sacro-sous-pubien : 115 mm
- Le bi-ischiatique : 110 mm
- Le sous-coccy-sous-pubien : 95 mm mais il peut mesurer 110 mm lorsque le coccyx est rétro-pulsé



#### Détroit inférieur

8	sous-sacro-sous-pubien .....	115 mm
9	sous-coccy-sous-pubien .....	85 mm
10	bi-ischiatique .....	110 mm

Figure 12 : diamètres du bassin

Figure 3 : Le détroit inférieur et ses diamètres [9]

Entre les deux se trouve l'excavation pelvienne, canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Elle est limitée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et le corps du pubis, en arrière par la face antérieure du sacrum, latéralement par les ischions et l'épine sciatique. Elle est divisée en deux étages par le détroit moyen, plan qui s'étend entre les deux épines sciatiques. Tous les diamètres de cette excavation sont relativement égaux à 120 mm sauf le diamètre transversal du détroit moyen qui n'a que 108 mm.

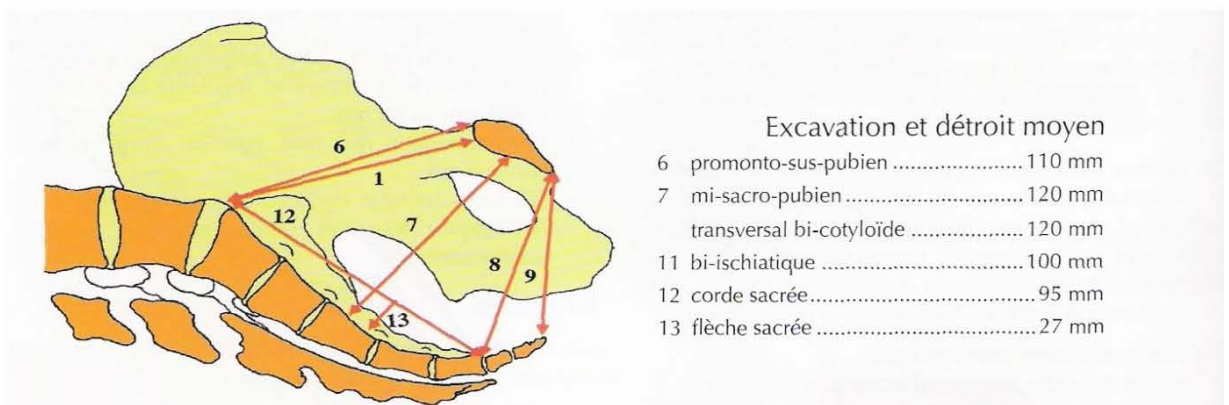


Figure 4 : Le détroit moyen, l'excavation pelvienne et leurs diamètres [9]

## 1.2. Le mobile fœtal : [7] [9]

C'est la partie du fœtus qui sera la première confrontée au bassin maternel. Ici c'est le cas des présentations céphaliques du sommet qui importe. La tête est la partie la plus intéressante d'un point de vue obstétrical car, étant l'élément le plus volumineux du fœtus, c'est elle qui va offrir le plus de difficultés au passage de l'enfant dans la filière pelvienne.

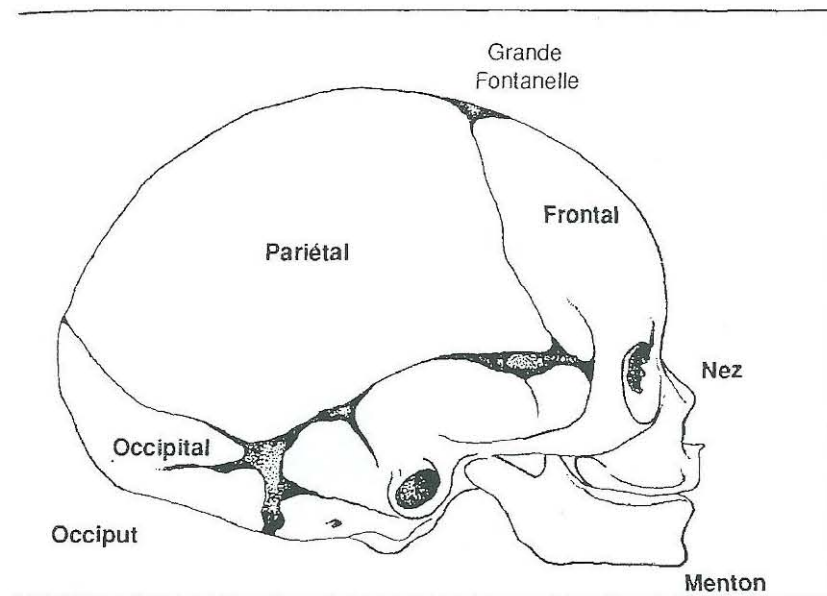
### 1.2.1. Description anatomique du crâne fœtal

Il se compose de la face, la base du crâne, la voûte du crâne, les sutures et les fontanelles.

La face comprend les mêmes pièces osseuses que l'adulte : les os frontaux, les orbites, le nez, les os malaire et les deux os maxillaires. A la naissance, l'ossification est presque terminée, la face est donc non malléable et résistante.

La base du crâne est un massif ostéo-cartilagineux très solide non malléable formé de six arcs osseux entrecroisés.

La voûte du crâne est formée par trois plans distincts : la dure-mère solide et résistante, le plan osseux fragile et le cuir chevelu très vascularisé. Sur le plan osseux on trouve les deux os frontaux en avant, les os temporaux et pariétaux latéralement, l'os occipital en arrière. C'est la flexibilité de ces minces plaques osseuses, lâchement reliées par les sutures, qui permet l'adaptation du mobile fœtal au bassin maternel pendant l'accouchement : c'est le modelage de la tête fœtale.



*Figure 5 : Les os du crâne fœtal, vue de profil*

Les sutures et les fontanelles servent de point de repère à l'accoucheur pour s'orienter lors du toucher de la voûte crânienne et reconnaître la position de la tête fœtale dans le bassin.

Les sutures sont des zones cartilagineuses situées à la jonction des os de la voûte du crâne. Elles permettent le modelage de la tête fœtale pendant l'accouchement et la croissance du crâne durant l'enfance. Parmi les sutures, trois sont intéressantes du point de vue obstétrical :

- la suture sagittale antéro-postérieure, allant de la racine du nez en avant (métopique) à la pointe de l'occiput en arrière
- la suture coronale, transversale antérieure, perpendiculaire à la sagittale et séparant les os frontaux des pariétaux

- la suture lambdoïde, transversale postérieure, séparant les os pariétaux de l'occiput.

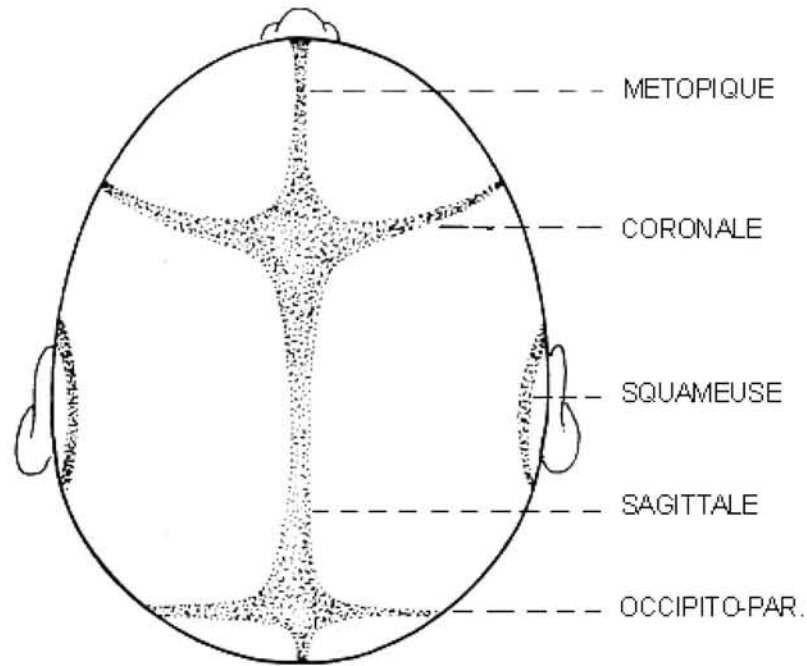


Figure 6 : Les sutures du crâne fœtal, vue de dessus

Les fontanelles sont des lacunes fibreuses situées aux points de rencontre des sutures, dont deux sont particulièrement intéressantes :

- La grande fontanelle, appelée aussi Bregma, est antérieure, elle a la forme d'un losange dont les quatre angles se continuent par les sutures sagittale et coronales
- la petite fontanelle ou Lambda est postérieure, située au niveau de l'occiput, elle a la forme d'un triangle ou « Y » renversé.

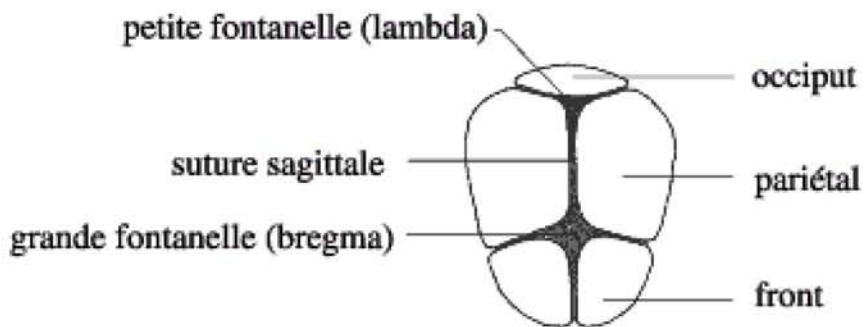


Figure 7 : Les fontanelles du crâne fœtal, vue de dessus



### 1.2.2. Diamètres de la tête fœtale

Pendant le travail, les différents diamètres du bassin obstétrical seront confrontés aux diamètres de la tête fœtale. On en distingue quatre principaux, dont la mise en jeu sera fonction du type de présentation :

- présentation de la face : sous-mento-bregmatique : 95 mm
- présentation du front : occipito-mentonnier : 135 mm
- présentation du bregma : fronto-occipital : 120 mm
- présentation du sommet : sous-occipito-bregmatique : 95 mm

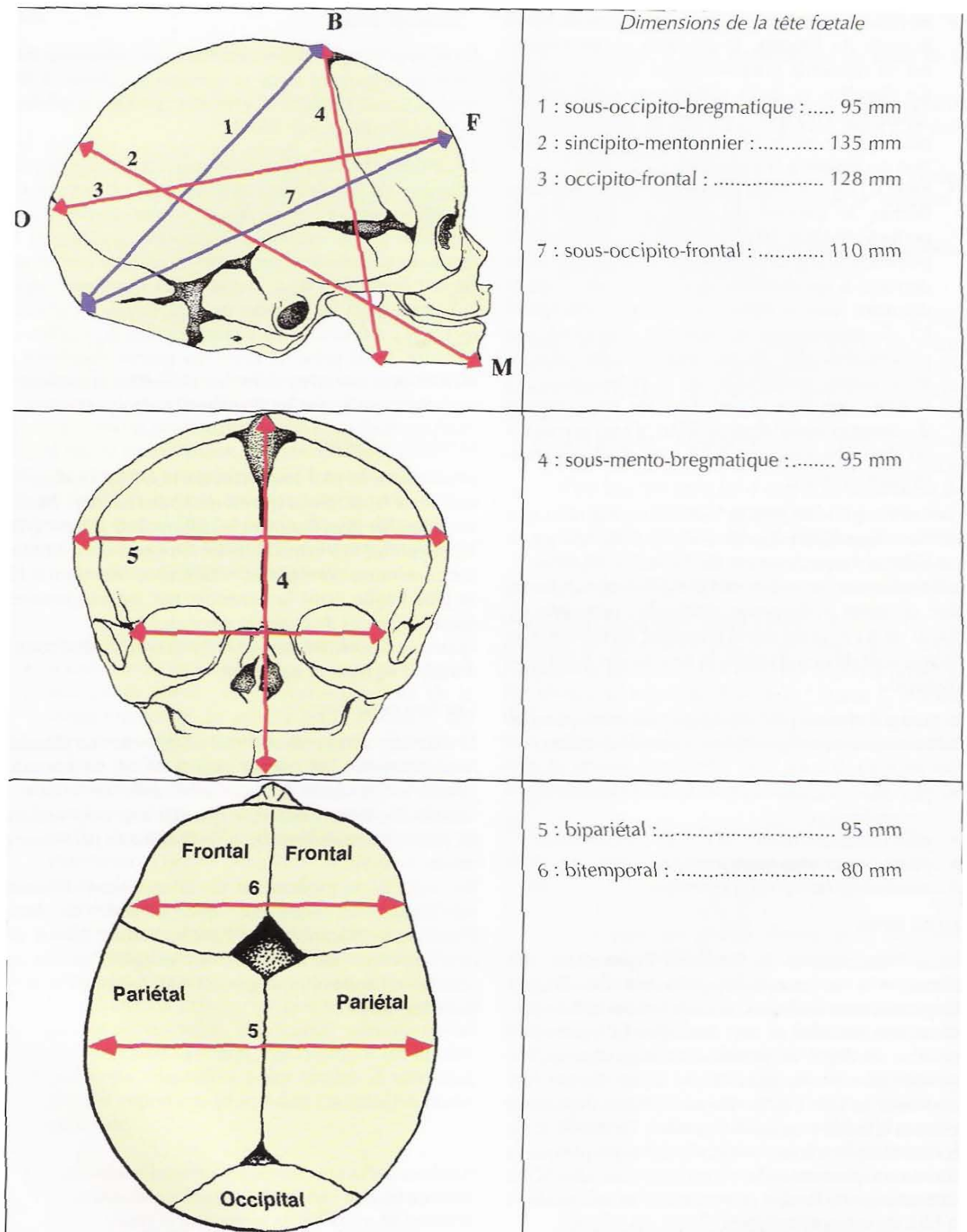


Figure 19 : Dimensions de la tête fœtale

Figure 8 : Dimensions de la tête fœtale [9]

## 2. Mécanique obstétricale : l'engagement, la rotation : [6] [7] [9]

### 2.1. Les différentes variétés :

Il n'est possible de parler de variétés de position qu'une fois l'engagement dans le bassin réalisé (détroit supérieur). La présentation est la partie du fœtus qui prend contact avec le détroit supérieur, s'y engage et évolue dans l'excavation pelvienne selon un mécanisme qui lui est propre jusqu'à l'expulsion du fœtus. La variété de position définit l'orientation que va prendre le mobile foetal pour s'engager dans le bassin.

#### 2.1.1. Description

L'engagement est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation : une présentation est dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur.

L'engagement de la tête du fœtus ne peut pas se faire directement en antérieur (Occipito-Pubien) ou en postérieur (Occipito-Sacré) en raison de la saillie du promontoire. La présentation va plutôt emprunter un des deux diamètres obliques du bassin : le droit ou le gauche (120mm de long chacun). La tête fléchie va ainsi faire correspondre ses deux plus grands diamètres aux deux plus grands diamètres du détroit supérieur. Quatre variétés principales de position d'engagement sont observées (l'OIGA, OIDP, OIDA et OIGP) et deux variétés accessoires (OIDT et OIGT). Engagées dans le diamètre oblique gauche on trouve :

- OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (57% des cas), avec la petite fontanelle située en haut à gauche de la patiente
- OIDP : Occipito-Iliaque Droite Postérieure (11% des cas), avec la petite fontanelle située en bas à droite de la patiente.

Engagées dans le diamètre oblique droit on trouve :

- OIDA : Occipito-Iliaque Droite Antérieure (4% des cas), avec la petite fontanelle située en haut à droite de la patiente
- OIGP : Occipito-Iliaque Gauche Postérieure (6% des cas), avec la petite fontanelle située en bas à gauche de la patiente.

Les variétés accessoires sont donc :

- OIDA : Occipito-Iliaque Droite Antérieure (11% des cas), avec la petite fontanelle située à droite par rapport à la patiente
- OIGA : Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (11% des cas), avec la petite fontanelle située à gauche de la patiente.

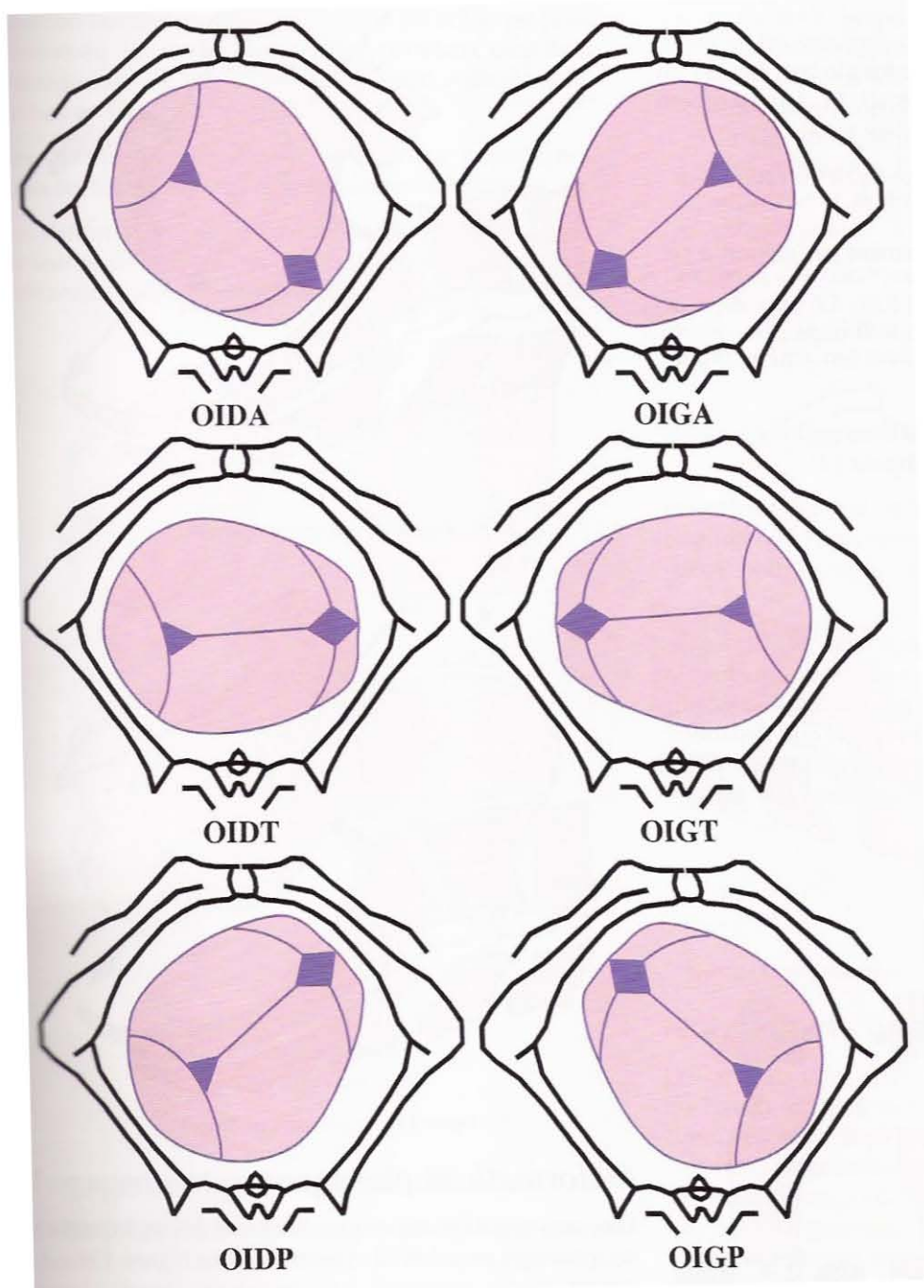


Figure 9 : Les différentes variétés de la présentation du sommet [9]

Les variétés de position occupant le diamètre gauche sont prédominantes. Ceci peut être expliqué par la dextro-position physiologique de l'utérus gravide et par la dimension légèrement supérieure du diamètre gauche par rapport au droit.

#### 2.1.2. Cas particulier des variétés postérieures [6]

Plus rares que les variétés antérieures, elles se caractérisent par la position postérieure de l'occiput sur l'un des deux diamètres obliques du détroit supérieur, définissant deux variétés de position :

- OIDP, représentant 30 à 45% des positions du sommet
- OIGP, représentant 6% des positions du sommet.

Elles ont de nombreuses similitudes avec les variétés antérieures, mais une différence importante qui joue fortement sur la mécanique obstétricale : la flexion de la tête fœtale. Celle-ci est bien souvent moindre, entraînant une accommodation foeto-pelvienne moins bonne, responsable d'une dilatation plus longue et d'un œdème du col. En bref, les variétés postérieures entraînent des accouchements plus longs et plus difficiles

#### 2.1.3. Diagnostic des variétés postérieures [6]

Le palper obstétrical : en cherchant la position du dos il est possible d'affirmer s'il est en arrière : dans les variétés antérieures le dos est largement accessible au palper, dans les variétés postérieures les doigts ne perçoivent que son côté latéral.

La perception des bruits du cœur fœtal est un élément qui peut nous orienter dans le diagnostic d'une variété postérieure : lors d'une présentation du sommet, les bruits du cœur fœtal sont enregistrés en dessous de l'ombilic maternel proche de la ligne médiane en cas de variété antérieure, plus en dehors dans les variétés postérieures.

Le toucher vaginal est la méthode de choix pour diagnostiquer la variété de position. Pendant le travail, il est généralement réalisé toutes les heures afin d'apprécier l'avancée de la dilatation du col et le positionnement de la présentation, autant d'éléments indispensables à l'évaluation d'une situation obstétricale et au

pronostic horaire de l'accouchement. Il faut déterminer au toucher la position de la petite fontanelle.

L'échographie transabdominale peut être utilisée en cas de doute au toucher vaginal. Parfois, il est absolument nécessaire de connaître avec exactitude la variété de la présentation lors des manœuvres instrumentales notamment (ventouse ou forceps par exemple). Pour ce faire, il suffit de chercher les orbites du fœtus avec la sonde (deux trous noirs concentriques). Si elles sont visibles, c'est que la présentation est postérieure, du côté opposé des orbites.

## 2.2. La rotation intra-pelvienne : [6] [7] [9] [22]

La rotation intra-pelvienne ou rotation interne est le temps de l'accouchement qui suit l'engagement et précède le dégagement.

### 2.2.1. En fonction de la variété de position :

Le sommet parcourt un chemin différent lors de sa rotation en fonction de sa position de départ :

- toutes les variétés antérieures tournent en avant en occipito-pubienne après une rotation de 45°
  - dans le sens des aiguilles d'une montre pour les OIDA
  - dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour les OIGA
- la grande majorité des postérieures tourne aussi en avant mais après une grande rotation de 135° (3/8° de cercle)
  - dans le sens des aiguilles d'une montre pour OI DP
  - dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour OIGP
- 2% environ des postérieures tournent au plus court vers l'arrière en occipito-sacrée après une rotation de 45°
  - dans le sens des aiguilles d'une montre pour OIGP
  - dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour OI DP.

(Annexe I)

### 2.2.2. Les différentes théories :

Bien souvent, le sommet tourne dans l'excavation et il descend en même temps, la rotation peut donc se faire aussi bien dans le haut de l'excavation (plus rare), basse sur le périnée (fréquente surtout chez les multipares) et parfois progressivement en pas de vis (chez les primipares). Cela explique les différentes théories émises par les obstétriciens. Il s'agit ici de la rotation des variétés postérieures.

- Les théories thoraciques : « le tronc tourne, la tête suit » sont une bonne explication des rotations hautes. La rotation de la tête est une conséquence des actions exercées sur le corps du fœtus dont elle est solidaire. Lorsque le sommet est engagé en variété postérieure, l'épaule postérieure glisse le long du plan incliné lombo-iliaque entraînant la rotation du dos (donc de la tête) en avant.
- Les théories céphaliques : « la tête tourne, le tronc suit ». On retrouve deux théories :
  - La théorie du plancher pelvien de VARNIER qui explique bien les rotations basses ; la carène des releveurs agit grâce à sa forme de plan incliné et sa tonicité : l'occiput est poussé par la contraction sur le plan incliné entraînant sa migration vers le bas (descente), l'avant (rotation antérieure) et vers dedans (flexion) ;
  - La théorie de l'appui pelvien de JAROUSSE qui explique bien les rotations « en pas de vis » sur toute la hauteur du bassin ; le fœtus est poussé vers le bas par la contraction ce qui incite la tête à entrer dans le bassin, l'occiput tourne donc vers l'avant.

### 2.3. Etiologies des variétés postérieures : [22]

Les variétés postérieures sont en réalité des anomalies de la rotation intra-pelvienne. Toutes les présentations tournent en avant à condition qu'elles soient bien fléchies et que l'activité contractile soit satisfaisante. Mais les présentations postérieures peuvent se défléchir, et c'est cette déflexion qui empêchera la rotation de

la tête, voire son engagement dans le bassin et parfois l'accouchement voie basse. Les principales causes des défauts de flexion du sommet sont :

- l'insuffisance de contractions utérines, le moteur utérin étant incapable d'appliquer fortement la présentation contre l'arc antérieur ;
- une tête petite par rapport à l'excavation ou une cavité très vaste ;
- la rotation d'une variété postérieure de 135° vers l'avant entraîne un passage en transverse où la déflexion peut s'accroître à cause des épines sciatiques, causant une désolidarisation tête-tronc trop précoce et incompatible avec le dégagement de la présentation.

### **3. Les méthodes de rotation :**

#### **3.1. La mobilité**

##### **3.1.1. Principe général : la gravité [2] [13] [14]**

Pendant le travail, l'analgésie péridurale entraîne une certaine immobilité de la patiente par disparition des signaux douloureux : impossibilité de se mettre debout, de se mouvoir. Actuellement, l'analgésie péridurale est suffisamment bien maîtrisée en France pour permettre une certaine mobilité des patientes sur leur table d'accouchement. Cette mobilité est cruciale pour le bon déroulement du travail ! En effet, l'accouchement est avant tout un travail d'adaptation permanente au corps, au fœtus, à la mécanique obstétricale. Dans le cadre d'une variété postérieure, la liberté posturale est l'outil le plus important, le plus utilisé pour favoriser la rotation et la descente de la présentation. Il faudra retrouver avec la péridurale les positions spontanées que la femme aurait eu dans une recherche antalgique.

Selon le Docteur de Gasquet, il est important de faire tourner le fœtus en variété antérieure avant l'engagement, car une fois celui-ci effectué, la présentation tournera sur le périnée au risque d'entraîner une désolidarisation tête-tronc. Les grands principes énoncés par le Docteur de Gasquet en matière de variété postérieure sont d'abord de diminuer les obstacles, de favoriser la flexion et d'adapter la mère à la variété si la rotation n'a pu avoir lieu avant l'engagement. Les éléments à prendre en compte sont :



- La gravité : le dos du fœtus se trouve contre le dos de sa mère ; si elle est en décubitus dorsal ou assise en arrière, il devra tourner contre la gravité compliquant le travail de l'utérus ; pour le faire tourner en avant, la logique veut que le ventre soit libre dans l'espace : la femme doit donc pencher son ventre en avant ; la gravité (force qui attire chaque corps vers le centre de la Terre) remplira son rôle et attirera le dos et l'occiput du bébé (éléments les plus lourds) vers l'avant, ou du moins ne mettra pas d'obstacle à la rotation.
- La poussée utérine : pour pouvoir tourner, la présentation a besoin de toute la place possible au sein du bassin maternel ; pour ce faire il est nécessaire de donner plus de place au détroit supérieur en faisant reculer le promontoire grâce à une contre nutation sacrée, et de favoriser la flexion naturelle de la tête fœtale ; si le fœtus est poussé dans la bonne direction et qu'il ne rencontre aucune résistance lors de son travail d'accommodation, les conditions seront favorables à sa rotation et à son engagement.

Madame De Gasquet a ainsi élaboré un certain nombre de positions de travail prenant en compte ces lois de mécanique obstétricales. Ces postures ont toutes un point commun : utiliser positivement la gravité (le ventre penché vers l'avant), mettre l'enfant dans l'axe (supprimer la lordose) et adapter les dimensions du bassin aux différents temps de l'accouchement (agrandir le détroit supérieur pour l'engagement).

### 3.1.2. Les positions pendant le travail [2] [9] (Annexe II)

En décubitus dorsal, l'utérus doit agir contre la pesanteur pour faire tourner la présentation. On peut aisément imaginer que ce travail est ardu et que l'utérus seul ne peut pas toujours réussir à faire tourner la présentation. Cette position accentue la cambrure du dos, ainsi le fœtus n'est plus réellement dans l'axe du bassin. Sa descente sera d'autant plus perturbée que le promontoire entraîne la déflexion de la tête. La force des contractions agira sur un point situé 2 à 3 centimètres en avant du col empêchant la bonne dilatation de celui-ci. Bref, le décubitus dorsal favorise les variétés postérieures, il est le plus grand obstacle à leur rotation.

Le décubitus latéral n'est intéressant dans le cadre de la rotation que si le ventre est positionné un maximum en avant. La position devient plus « latéro-

ventrale », et la hanche opposée au côté d'appui choisi doit être fléchie afin d'éliminer la cambrure du rachis maternel et d'aligner l'axe d'engagement. Cependant la flexion doit rester neutre : il est recommandé de positionner la jambe parallèlement au corps de la patiente, de ne pas faire de rotation interne du fémur. Concrètement, la patiente est couchée sur le côté le plus confortable pour elle et son bébé, presque sur le ventre, la jambe opposée au côté choisi fléchie, positionnée sur un étrier ou sur un coussin et l'autre jambe tendue. Cette position est la plus simple à mettre en place en salle de naissances.

La position la plus « logique » est celle mettant l'enfant directement dans l'axe de descente avec le ventre maternel en avant : assise penchée en avant. La position assise permet le redressement de la colonne vertébrale éliminant la lordose, l'écartement des jambes permet l'ouverture du bassin supérieur et le bébé est poussé par l'utérus directement dans l'axe d'engagement. Lors de la contraction, la femme se penche en avant permettant l'action de la pesanteur sur le bébé et sa rotation vers l'avant. La femme peut prendre appui sur son accompagnant ou sur une barre (certaines tables d'accouchement en sont équipées) laissant son ventre libre tombant vers le bas. Le placement d'une galette sous les fesses de la patiente permet d'accentuer la mobilisation du bassin, les asymétries et les adaptations aux asynclitismes.

La position accroupie est également très utile mais difficile à exécuter (analgésie péridurale, tables d'accouchements non équipées de suspensions, patiente trop grande).

Enfin, la position reine pour les variétés postérieures : le « 4 pattes ». Du point de vue de la gravité, le ventre de la femme est entièrement basculé en avant, entraînant le fœtus par la même occasion. Concernant le bassin, celui-ci est rétro versé et il opère une contre-nutation agrandissant le détroit supérieur : la lordose du rachis est supprimée et le promontoire recule. La grande force du « 4 pattes » est qu'il empêche la déflexion de la présentation en favorisant au maximum sa flexion physiologique par la butée de l'occiput sur le promontoire (élément rigide). Il est dit que si une présentation ne se fléchit pas malgré la position à 4 pattes, alors il y a un obstacle mécanique ou physique (cordon ombilical, déflexion d'emblée...). Il ne tournera alors que sur le périnée avec risque de désolidarisation et de dystocie vraie des épaules.

### 3.2. Rotation manuelle

Elle peut être effectuée avec les doigts ou bien, dans le cas où il s'agit d'un médecin, avec une ventouse. Nous décrivons la méthode « manuelle pure », avec les doigts, praticable aussi bien par les médecins que les sages-femmes.

Sa difficulté dépend de son niveau dans l'excavation : engagement en partie haute, moyenne ou basse. L'intervention est d'autant plus facile que la présentation est haute. La flexion préalable est recommandée : flexion manuelle par pression du côté de front pendant une contraction. Ensuite on effectue une rotation au doigt en agrippant une suture, ou mieux avec 2 doigts en appui sur chaque suture postérieure. Si le bregma est seul et bien accessible, on peut prendre appui sur la suture antérieure.

### 3.3. L'acupuncture

#### 3.3.1. Généralités [3] [4]

L'acupuncture est une discipline médicale d'origine chinoise, qui consiste à piquer certains points du corps situés le long de méridiens, avec des aiguilles spéciales.

L'acupuncture (du latin *acus* « aiguille » et *punctura* « piqûre ») est une méthode diagnostique et thérapeutique d'origine chinoise consistant à introduire sous la peau, en certains points, des aiguilles métalliques pleines. Ces points précis sont situés, selon la médecine traditionnelle chinoise, sur des lignes (méridiens) où circule l'énergie vitale et leur piqûre est destinée à régler le fonctionnement des organes en rapport avec eux.

Dans le cas des variétés postérieures, cette technique pourrait s'avérer utile pour assouplir le col utérin, harmoniser les contractions et faire tourner le fœtus (méridiens de la vessie et du foie).

#### 3.3.2. Législation [25] [26]

La pratique de l'acupuncture par les sages-femmes est réglementée par le code de la santé publique et le code de déontologie des sages-femmes. Nous citerons l'article R4127-318 mis à jour par le décret n° 2008-863 du 27 août 2008 et l'arrêté du 2 novembre 2009 : « Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article

L.4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment : [...] 14° : Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen [...] ».

(Annexe III)

### 3.4. Les médicaments

Les variétés postérieures sont des anomalies de rotation du sommet dues à une déflexion de la tête dont l'une des principales causes est l'inefficacité des contractions utérines. De plus, elles engendrent des œdèmes du col utérin, accentuant sa tonicité et empêchant sa dilatation. C'est pourquoi une prise en charge médicamenteuse efficace et intelligente à base d'utéro-toniques, d'utéro-relaxants et d'homéopathie peut être indiquée en cas de variété postérieure.

#### 3.4.1. Les utero-toniques : [11] [12]

Pour aider à la flexion et à la rotation de la présentation, il faut un bon moteur utérin. L'utilisation de l'analgésie péridurale a tendance à « ralentir » l'activité utérine. Pour obtenir des contractions longues (1mn30s), de bonne fréquence et de bonne intensité, il peut être nécessaire d'avoir recours dans certains cas à des utéro-toniques tels que l'ocytocine.

L'ocytocine est une hormone produite naturellement par l'hypothalamo-hypophyse, le placenta et les membranes. Elle engendre la production de prostaglandines et augmente la concentration du calcium intracellulaire au niveau de l'utérus, provoquant ainsi des contractions utérines. Il existe différents analogues à l'ocytocine dont le plus courant est le Syntocinon®. Sous forme d'ampoule de 5ui/1mL, c'est un analogue synthétique de l'ocytocine. Il a un délai d'action de 30 secondes en IV et une durée d'action de 20 à 40 minutes en IV. Il est principalement utilisé pour la direction du travail, la prévention et le traitement des hémorragies de la délivrance. Classiquement, il convient de diluer une ampoule

dans un sérum glucosé de 500 mL à un débit de 10 à 15 mL/h en IV, augmenté de tant toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à obtention d'une activité utérine efficace.

L'analgésie péridurale entraîne souvent un relâchement des parties molles du périnée et du pelvis, et un relâchement de l'utérus. De ce fait elle favorise les variétés postérieures et complique leur rotation par manque de moteur et de plancher d'appui. Une bonne activité utérine fera pression sur le mobile foetal et l'aidera à tourner.

#### 3.4.2. Les utéro-relaxants : [11] [12]

Parfois, si le col est oedématisé, il constitue un obstacle de part sa rigidité et empêche la descente, la flexion et la rotation de la présentation. Pour relâcher les tissus du col utérin, il faut parfois utiliser des utéro relaxants tels que le Phloroglucinol et le Magnésium. Il est important d'assouplir le col utérin afin d'assurer sa dilatation et permettre ainsi la descente de la présentation. Si la présentation s'engage, elle peut alors entamer sa rotation.

Le phloroglucinol (Spasfon®) est un anti spasmodique. Le Sulfate de Magnésium diminuerait la transmission neuromusculaire. Associés ou utilisés séparément ils sont indiqués lorsque le col utérin pendant le travail se tonifie et devient un obstacle à la progression de la dilatation et de l'avancée du travail.

#### 3.4.3. Homéopathie : [3] [19]

L'homéopathie est une « méthode thérapeutique qui consiste à traiter les maladies à l'aide d'agents qu'on suppose doués de la propriété de produire sur l'Homme sain des symptômes semblables à ceux qu'on veut combattre. Ces agents sont administrés à doses infinitésimales ; ils sont, disent les médecins homéopathes, d'autant plus actifs qu'ils sont plus dilués ».

Durant le travail, certains professionnels peuvent être amenés à administrer des granules d'*Actaea Racemosa* et de *Caulophyllum Thalictroide* pour augmenter les contractions et, pour certaines substances, assouplir le col utérin.

Qu'en est-il de la prise en charge actuelle des variétés postérieures en salle de naissances ? Quelles difficultés les sages-femmes rencontrent-elles dans la mise en place de leurs techniques ? La deuxième partie résumera les résultats d'une enquête réalisée auprès des sages-femmes.

CHAPITRE SECOND :  
RESULTATS DE L'ENQUETE

## **1. Mise en place de l'étude :**

### **1.1. Problématique :**

Quels facteurs influencent la prise en charge par les sages-femmes des variétés postérieures pendant le travail ?

### **1.2. Hypothèses :**

Les variétés postérieures sont considérées comme eutociques par les sages-femmes, n'entraînant pas leur prise en charge systématique.

Les maternités ne sont pas suffisamment équipées pour permettre aux sages-femmes d'exploiter au maximum leur savoir-faire concernant la mobilité des parturientes.

Les attentes des sages-femmes en matière de connaissance ne sont pas comblées par les formations actuelles (études, formation continue...).

### **1.3. Objectifs :**

Présenter la prise en charge actuelle des variétés postérieures par les sages-femmes de salle de naissances.

Mesurer le degré de formation et de connaissances actuelles des sages-femmes en fonction de leur ancienneté dans le métier.

Identifier les contraintes à la mise en place de leurs techniques et proposer des solutions pour pallier ces limites.

### **1.4. Déroulement de l'enquête :**

J'ai interrogé les sages-femmes exerçant actuellement en salle de naissances dans les maternités du CHR de Thionville, du CH de Sarreguemines, du CHR de Pau et l'Hôpital maternité de Metz.

L'outil de mon enquête est un questionnaire (annexe). Je l'ai choisi pour obtenir un plus grand nombre de réponses.



J'ai contacté les sages-femmes cadres de ces 4 maternités. Après avoir obtenu leur accord écrit ou oral pour la diffusion des questionnaires, je les ai déposés directement en salle de naissances dans des enveloppes nominatives début octobre 2010. Je les ai recueillis courant décembre 2010 excepté à Sarreguemines (début janvier). Sur les 100 questionnaires envoyés (25 par maternité) j'en ai recueillis 45. Les blocs obstétricaux de Bel air et de Metz comptent respectivement 20 et 23 sages-femmes, les maternités de Sarreguemines et de Pau pratiquent un turnover important entre les différents services.

Il existe différents biais à mon étude. Certains questionnaires n'ont pas été remplis en totalité et des questions ont parfois été mal interprétées. Le niveau IIB est beaucoup plus représenté que les autres niveaux (court laps de temps passé à Pau et perte des questionnaires à Sarreguemines). Les réponses se répartissent comme suit :

- CHR Thionville : 19 réponses
- Hôpital Maternité de Metz : 16 réponses
- CHR de Pau : 6 réponses
- CH de Sarreguemines : 4 réponses.

(Annexe IV)

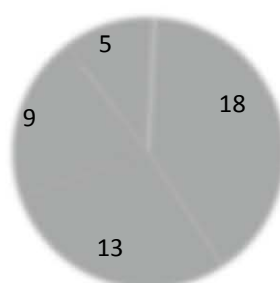
## 2. Résultats de l'enquête :

### 2.1. Renseignements personnels :

- L'âge :

### Répartition des sages-femmes en fonction de leur âge

≤30    30<x≤39    40≤x≤49    ≥50



Graphique 1

Âge moyen des sages-femmes : 35,02 ans

Âge moyen des sages-femmes par maternité :

Moyenne HMM	35,9 ans
Moyenne Thionville	34,1 ans
Moyenne Pau	35,5 ans
Moyenne Sarreguemines	33,8 ans

Tableau 1

- Sexe :

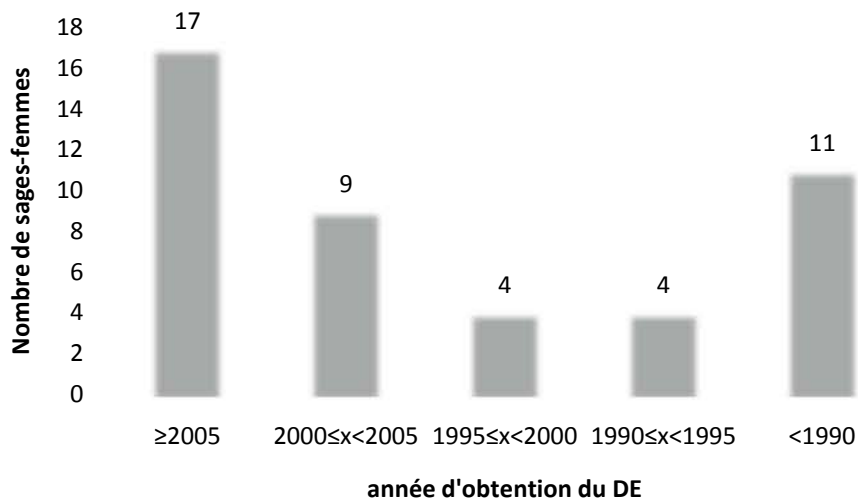
FEMININ : 45

MASCULIN : 0

- Autour des études de sage-femme :

- Année d'obtention du DE

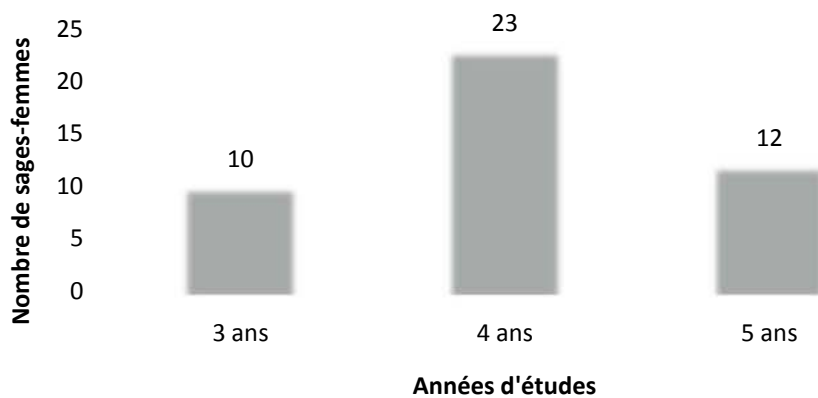
### Année d'obtention du diplôme d'état des sages-femmes interrogées



Graphique 2

- Nombre d'années d'étude en école de sage-femme

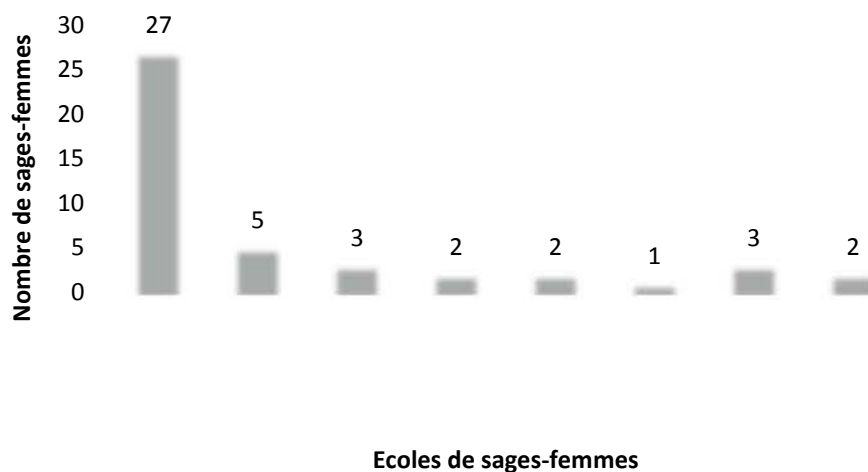
### Nombre d'années d'étude en école de sage-femme



Graphique 3

- Ecole de sage-femme fréquentée

## Répartition des sages-femmes selon l'école fréquentée



Graphique 4

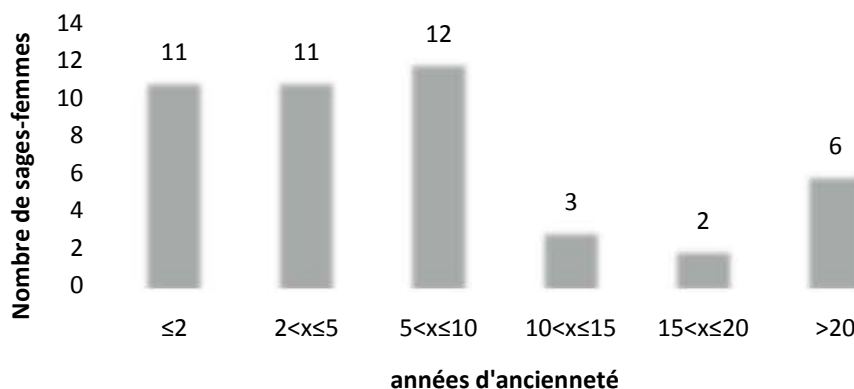
- L'établissement fréquenté :

	Niveau	Type	Accouchements en 2010	Nombre de sages-femmes interrogées
Hôpital Maternité de Metz	IIB	Public	2600	19
Maternité Bel Air Thionville	IIB	Public	2500	16
Maternité de Sarreguemines	I	Public	950	4
Maternité Mitterrand de Pau	III	Public	1500	6

Tableau 2

- Ancienneté dans l'établissement :

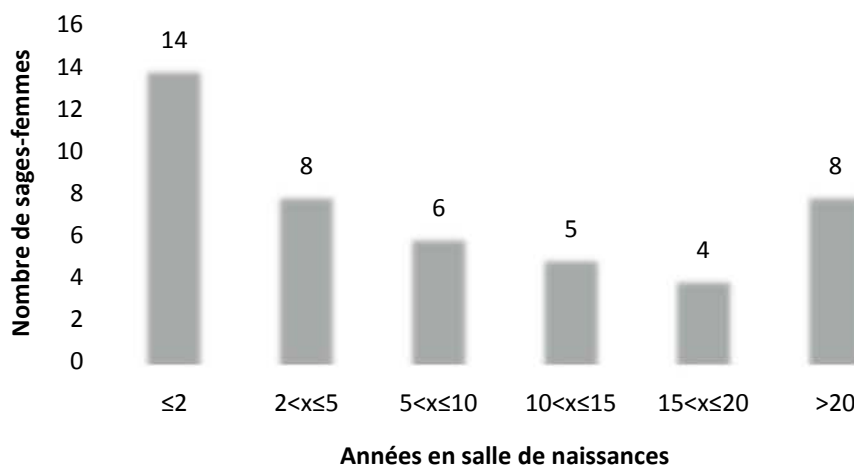
### Ancienneté des sages-femmes dans l'établissement (en années)



Graphique 5

- Nombre d'années d'exercice en salle de naissance :

### Répartition des sages-femmes selon leur expérience en salle de naissance



Graphique 6

- Exercice en dehors de la métropole :

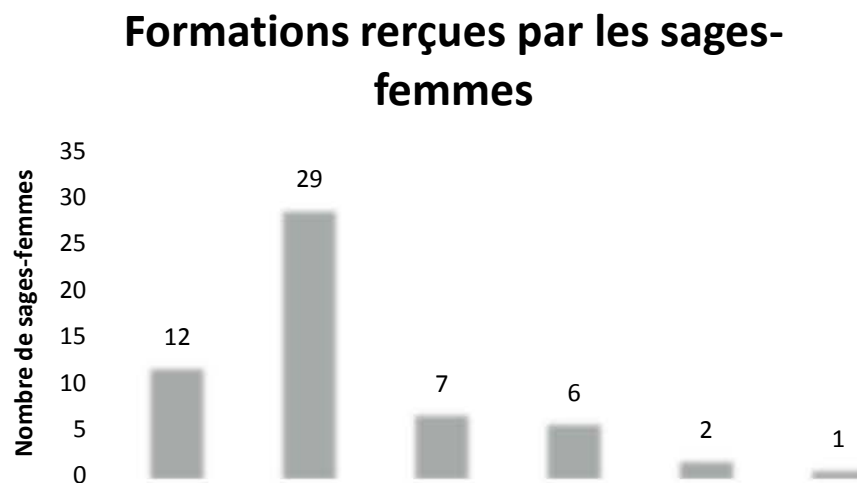
6 sages-femmes ont exercé en dehors de la métropole :

- 2 en Belgique (stages hospitaliers)
- 1 à Mayotte (stage de 2 mois)

- 1 en Tunisie (stage de 3 semaines)
- 1 en Guadeloupe pendant 1 an
- 1 au Burkina Faso pendant 6 semaines en mission humanitaire

## 2.2. Formations et connaissances :

- Nombre de sages-femmes formées



#### Les formations

*Graphique 7*

Parmi les 29 sages-femmes ayant bénéficié de la formation de Gasquet©, 28 ont déclaré avoir reçu un enseignement utile à la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail. Une sage-femme a estimé que ces outils ne lui sont pas plus utiles que l'expérience acquise sur le terrain.

Ces mêmes 29 sages-femmes ont assuré pouvoir mettre en application ce qu'elles ont appris sur le terrain pour diverses raisons :

~ « C'est facile à mettre en œuvre » : 5 sages-femmes

~ « Le matériel est à disposition » : 5 sages-femmes

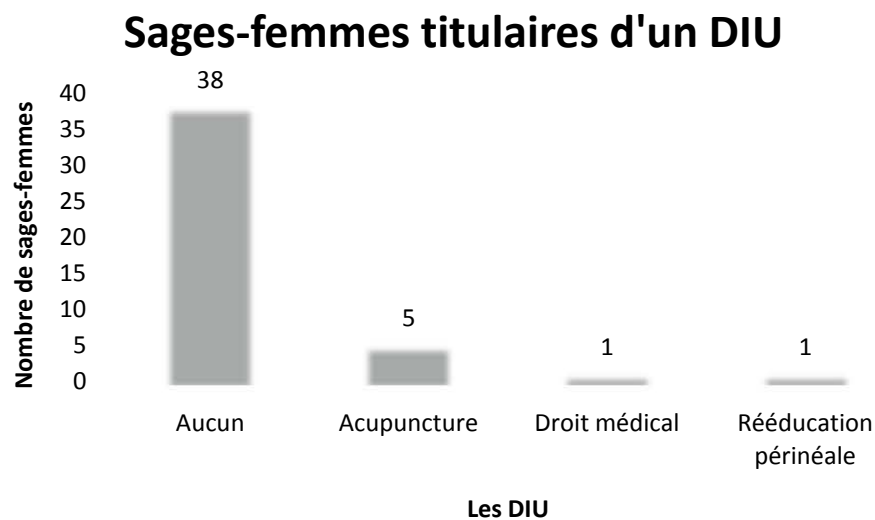
~ « Je suis indépendante dans ma profession » : 1 sage-femme

~ « Ca marche » : 1 sage-femme

Parmi les 7 sages-femmes formées en homéopathie (formation de 3 jours au maximum), aucune n'a mis en application ce qu'elle a appris estimant que cet enseignement n'est pas spécifique aux variétés postérieures.

Parmi les sages-femmes formées en acupuncture, 5 étaient en cours d'obtention de leur diplôme intra-universitaire et une a bénéficié d'une initiation de 3 jours. Cette dernière a estimé ne pas pouvoir mettre en pratique ce qu'elle a appris par manque de connaissances et de pratique. Trois des 5 autres sages-femmes ont déclaré pouvoir mettre en application leurs connaissances concernant les variétés postérieures et 2 ne se sont pas prononcées.

- Les sages-femmes titulaires d'un Diplôme Inter Universitaire (ou en cours d'obtention)



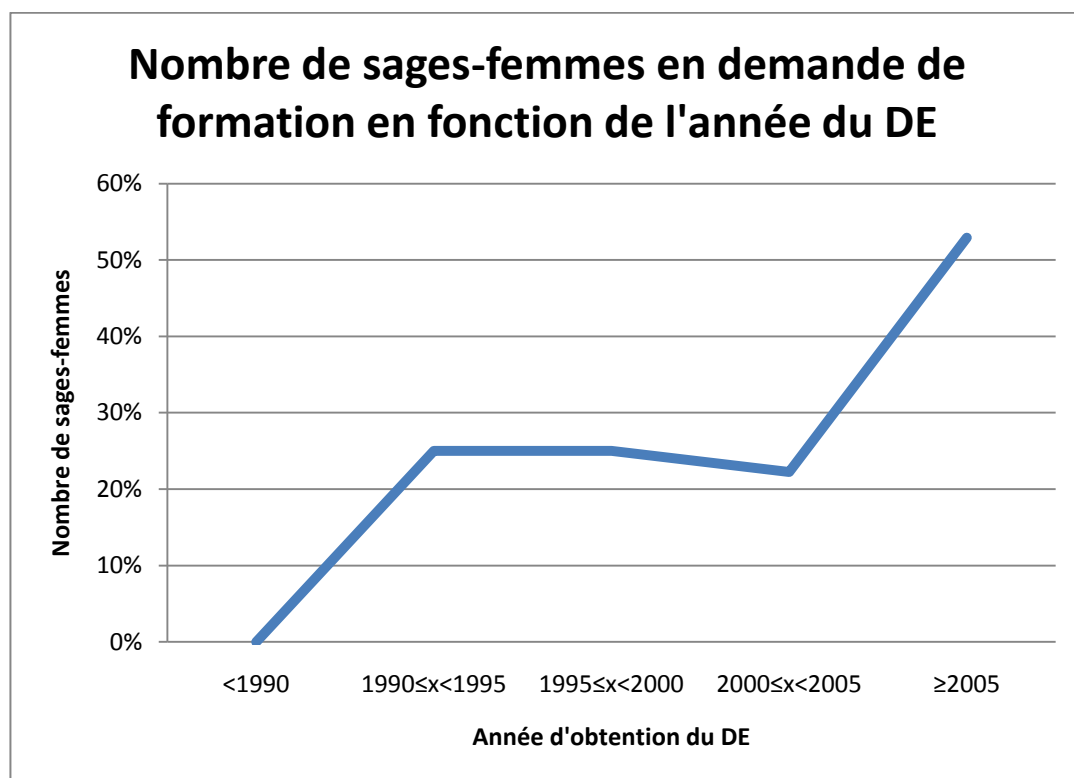
*Graphique 8*

- Les sages-femmes en demande de formation (N=45)

A la question « êtes-vous en demande d'une formation de ce genre ? » les sages-femmes ont répondu :

OUI : 13      NON : 16      SANS REPONSE : 16

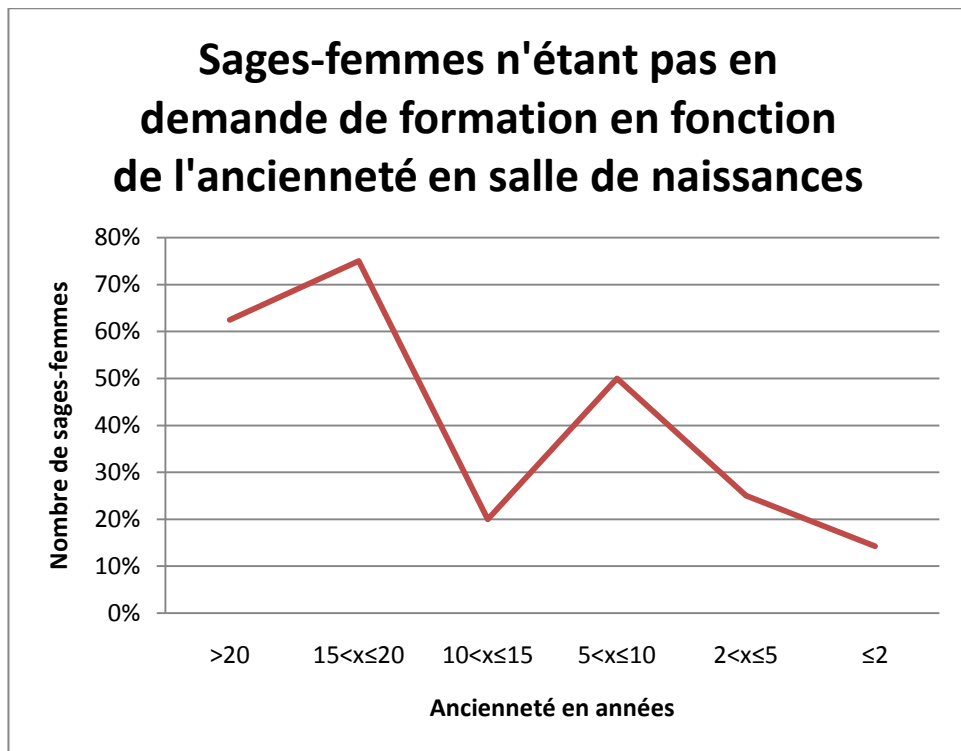
Nous avons corrélé ces résultats en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'Etat, de l'ancienneté et de l'expérience de la sage-femme :



Graphique 9

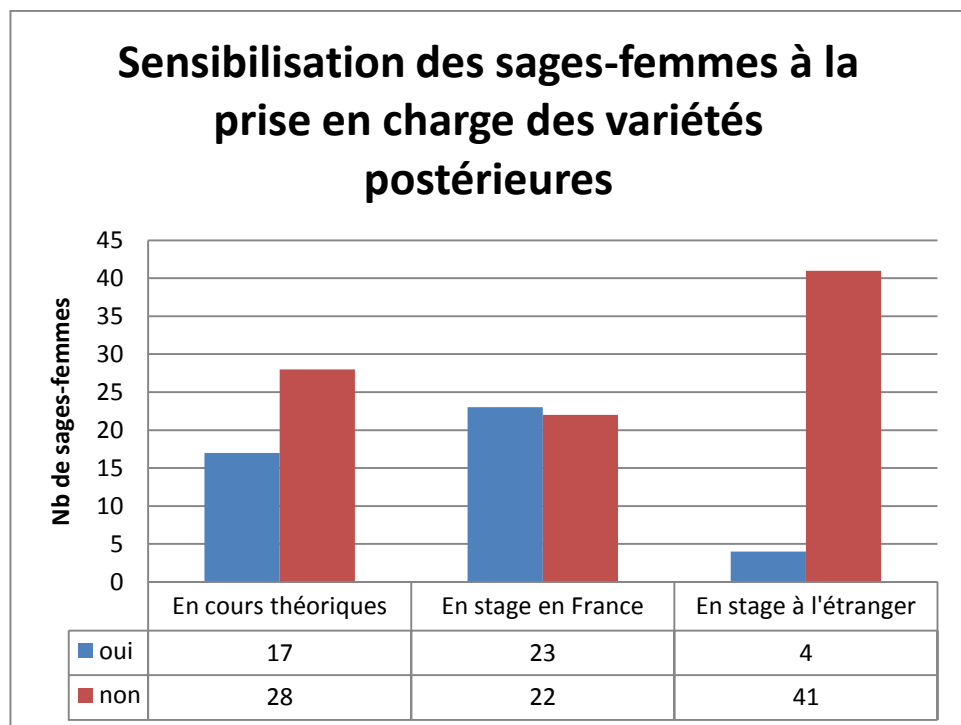
Nous avons également corrélé ces résultats à l'ancienneté des sages-femmes en salle de naissances :





*Graphique 10*

- Avez-vous été sensibilisée à la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail en cours ? en stage en France ? en stage à l'étranger ? plusieurs réponses possibles :



*Graphique 11*

Il est à préciser que 2 sages-femmes ont ajouté avoir été sensibilisées par leurs collègues. Ces 2 sages-femmes ont été diplômées avant 1990.

Ici aussi il nous a paru intéressant de corréliser les réponses brutes à l'année d'obtention du DE et même au nombre d'années d'études.

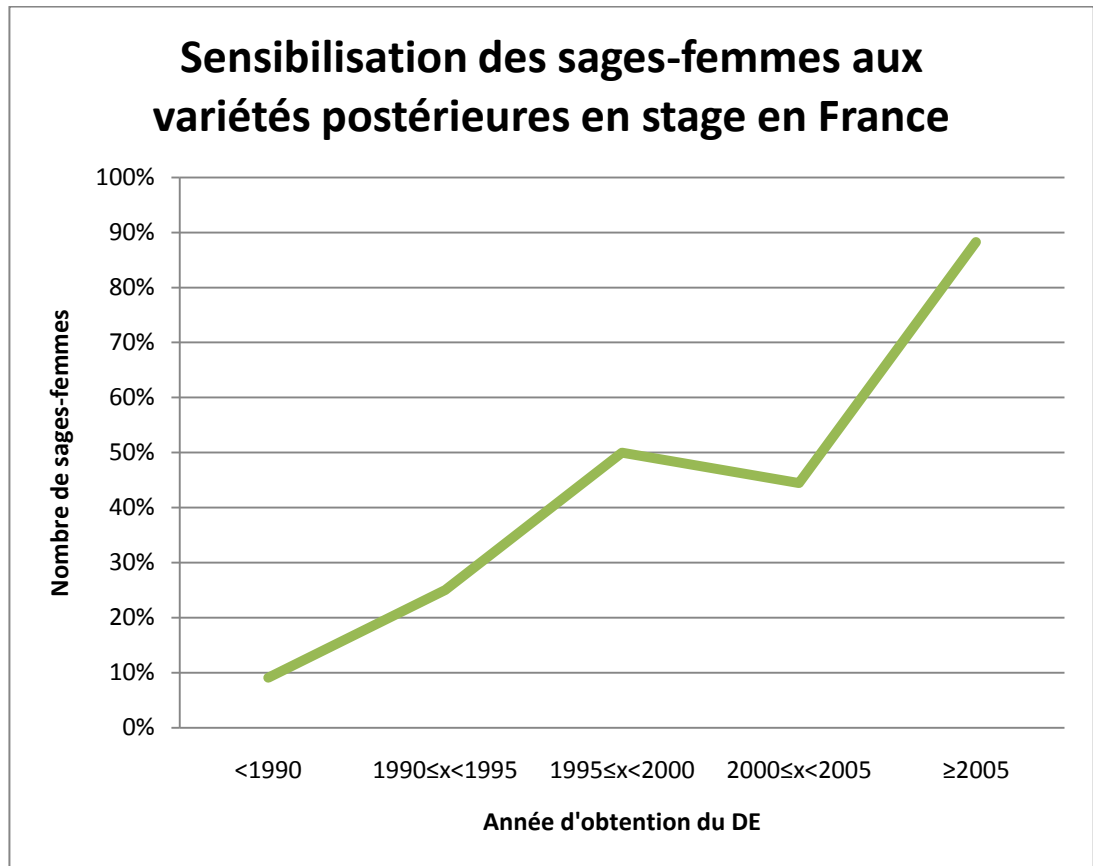
- Evolution de la sensibilisation des sages-femmes aux variétés postérieures pendant leurs études
  - En cours théoriques

### **Sensibilisation des sages-femmes aux variétés postérieures en cours théoriques**



*Graphique 12*

- En stage en France



Graphique 13

- Sages-femmes n'ayant JAMAIS été sensibilisées aux variétés postérieures pendant leurs études

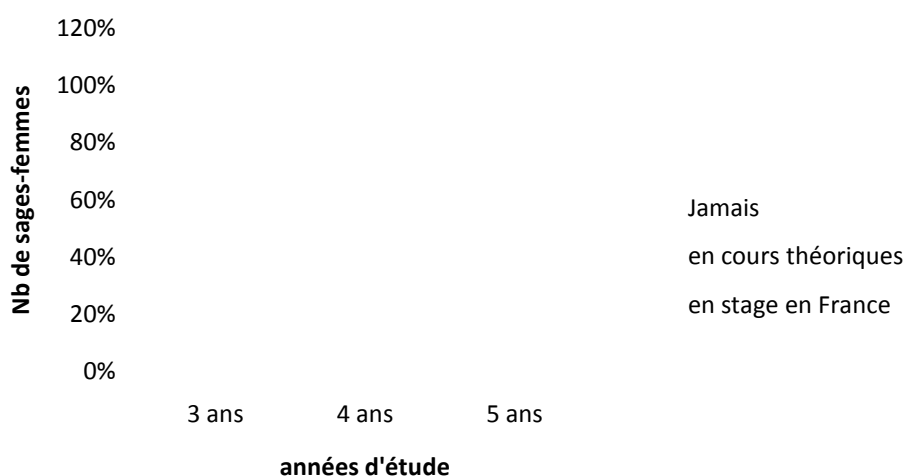
## Sages-femmes n'ayant jamais été sensibilisées aux variétés postérieures durant leurs études



*Graphique 14*

- Corrélation du nombre de sages-femmes sensibilisées à la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail en fonction du nombre d'années d'étude (N=45) :

## Sensibilisation des sages-femmes aux variétés postérieures en fonction de la durée des études



*Graphique 15*

### 2.3. Pratiques professionnelles :

- Lorsque vous ne parvenez pas à diagnostiquer la variété de la présentation au toucher vaginal, tentez-vous de la déterminer par l'échographie ?

Oui : 22      Non : 22      Sans réponse : 1

Si non pourquoi ?

- ~ « Je ne sais pas » : 2
- ~ « La clinique avant tout » : 1
- ~ « Manque de temps et de moyen » : 1
- ~ « Inutile si le travail avance bien » : 1

Si oui pourquoi ?

- ~ « S'il y a une anomalie » : 3
- ~ « En cas d'instrumentalisation » : 2

- Estimez-vous que les variétés postérieures soient physiologiques ?  
Pathologiques ?      Potentiellement dystociques ?      Potentiellement eutociques ?

Physiologiques	3
Pathologiques	0
Pathologiques, Potentiellement dystociques	2
Pathologiques, Potentiellement dystociques, Potentiellement eutociques	2
Pathologiques, Potentiellement eutociques	0
Physiologiques, Potentiellement dystociques	12
Physiologiques, Potentiellement dystociques, Potentiellement eutociques	14
Physiologiques, Potentiellement eutociques	5
Potentiellement dystociques	2
Potentiellement eutociques, Potentiellement dystociques	5

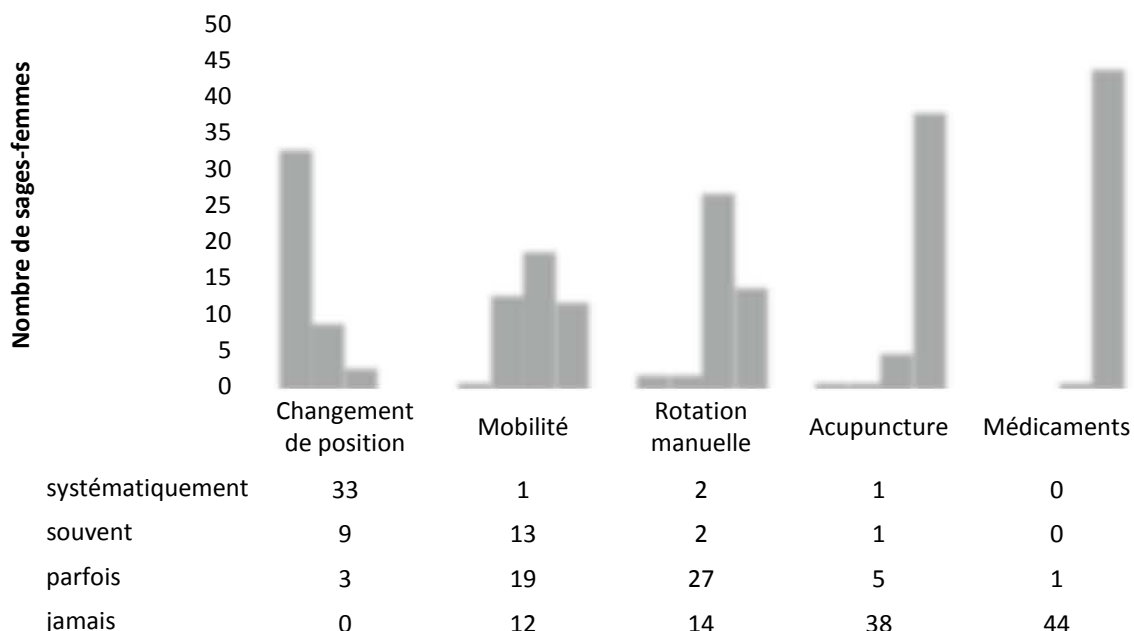
Tableau 3

- Lorsque vous êtes confrontée à une variété postérieure, intervenez-vous pour la faire tourner ?

Oui : 37      Non : 8

- Généralement que faites-vous en cas de variété postérieure chez une primipare ?

## Pratiques des Sages-femmes concernant les variétés postérieures



Graphique 16

Parmi les 29 sages-femmes ayant reçu la formation de Gasquet©, 27 ont déclaré utiliser fréquemment ses positions, 2 n'ont pas répondu à la question. Concernant les sages-femmes n'ayant pas reçu cette formation, 7 ont assuré utiliser les positions de Gasquet©, 3 ne les utilisaient pas, 6 n'ont pas répondu.

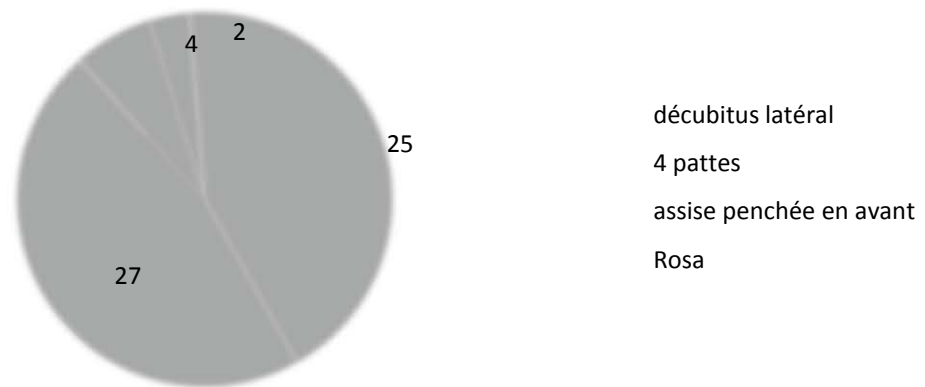
Détaillons le type de positions préférentiellement utilisées :

	décubitus latéral	4 pattes	assise penchée en avant	Rosa
Oui	25	27	4	2
Non	20	18	41	43

Tableau 4 : nombre de sages-femmes utilisant ces positions

Résumé dans un graphique, nous nous rendons mieux compte de la prévalence de certaines positions :

## Positions utilisées par les sages-femmes



Graphique 17

Concernant les rotations manuelles, compte tenu des réponses constatées, nous les avons corrélées avec l'année d'obtention du DE, selon la courbe suivante :

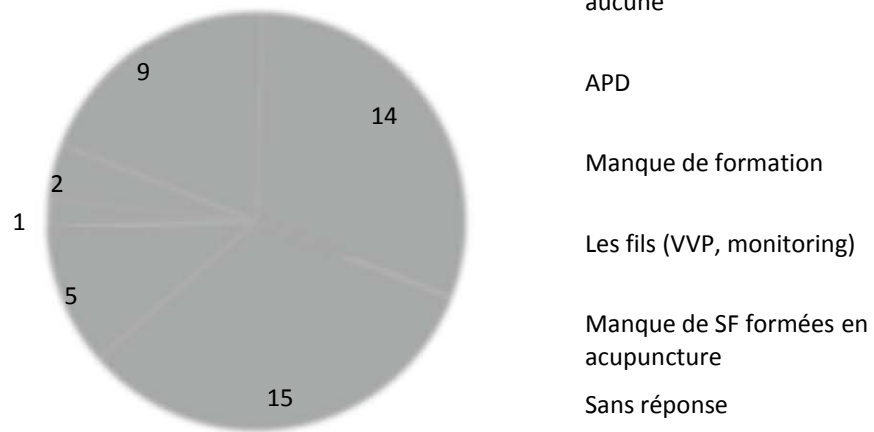
## Recours des sages-femmes à la rotation manuelle en fonction de l'année d'obtention du DE



Graphique 18

- Estimez-vous qu'il existe des contraintes à la mise en place de vos méthodes ?

## Contraintes à la mise en place des techniques



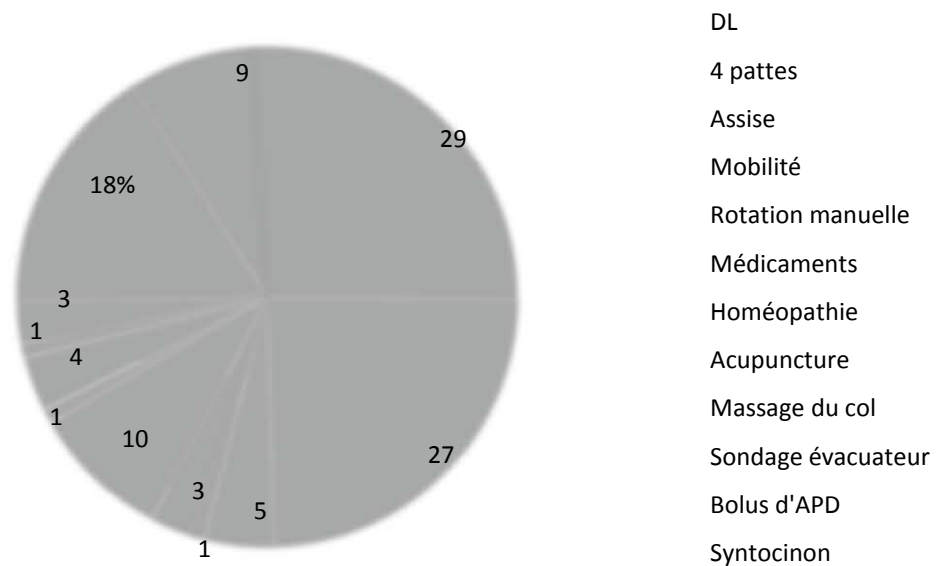
Graphique 19

### 2.4. Cas clinique :

Nous avons exposé un cas clinique aux sages-femmes afin d'exploiter les pratiques des professionnelles sur le terrain. Nous avons résumé ici toutes les méthodes qu'auraient employées les sages-femmes dans un cas similaire à celui présenté (certaines ont utilisé plusieurs de ces techniques) :



## Pratique des sages-femmes suivant le cas clinique



Graphique 20

Précisons que 2 sages-femmes n'ont pas participé au cas clinique, 2 ont précisé ne rien faire de plus à ce stade du travail. Deux autres sages-femmes ont déclaré ne diagnostiquer la variété de la présentation qu'une fois l'engagement commencé.

La rubrique « médicaments » regroupe, selon les réponses des sages-femmes, l'utilisation en bolus de Spasfon®, Calcium et Magnésium. Au CHR de Thionville nous relevons l'utilisation d'un mélange Spasfon®/Calcium alors qu'à l'Hôpital Maternité de Metz la pratique exposée utilise le mélange Spasfon®/Magnésium.

Enfin parmi les sages-femmes manipulant le Syntocinon®, 3 ont précisé diminuer la dose afin de « diminuer l'œdème du col », les autres augmentant le débit pour obtenir une bonne contractilité.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette étude ? Quelles solutions proposer ?

CHAPITRE TROISIEME :  
INTERPRETATION DES RESULTATS

## 1. Analyse des hypothèses

### 1.1. Les variétés postérieures : eutocie ou dystocie ?

En premier lieu il est important de considérer les réponses des sages-femmes à la question sur la potentielle eutocie ou dystocie des variétés postérieures. Il est probable que les termes « d'eutocie » et de « dystocie » ont été pour certaines mal identifiées. En effet 7 sages-femmes sur 45 ont répondu à la question par une redondance de type « pathologique et potentiellement dystocique » ou encore « physiologique et potentiellement eutocique ». Est-ce là la preuve d'une mauvaise compréhension ou une redondance délibérée destinée à montrer l'ambivalence des variétés postérieures ?

D'après les résultats de l'enquête, seulement 3 sages-femmes sur 45 ont considéré les variétés postérieures comme « pure physiologie ». De plus, 37 sages-femmes sur les 45 interrogées ont déclaré intervenir sur les variétés postérieures pour les faire tourner. Cela peut s'expliquer par le fait reconnu que les variétés postérieures induisent souvent des dystocies dynamiques, mécaniques, voire les deux. Le travail des parturientes est allongé, le modelage du crâne fœtal accentué, faisant apparaître le spectre de la mauvaise adaptation extra-utérine des nouveau-nés et de la déchirure périnéale complète. Face à ces risques et complications possibles mais non systématiques, « l'interventionnisme » des praticiennes peut être compréhensible.

Parallèlement, 26 sages-femmes ont considéré les variétés postérieures comme physiologiques à caractère potentiellement dystociques et au final la dystocie est remarquée chez 37 sages-femmes sur 45. En conclusion, cette étude a montré que les sages-femmes appréhendent les variétés postérieures.

Cette « crainte » pourrait s'expliquer par les risques maternels et fœtaux engendrés par les accouchements en OS.

- Risque maternel : lors du dégagement de la tête fœtale, c'est le diamètre fronto-occipital qui franchit l'orifice vulvaire par flexion de la présentation ; ce diamètre de 12 cm plus important qu'en OP favorise les déchirures périnéales complètes ; c'est pourquoi l'épisiotomie (large) est préconisée en cas d'accouchement en OS (les présentations postérieures persistantes sont

associées à un taux plus élevé de césariennes, d'extractions instrumentales et de déchirures périnéales).

- Risque fœtal : L'engagement, le dégagement sont plus longs qu'en OP, et surtout plus traumatisant au vu des forces exercées sur la tête de l'enfant accentuant le modelage du crâne et l'asynclitisme ; la principale conséquence s'aperçoit lors de l'allaitement maternel : ces enfants ont plus de difficultés à téter les premiers jours.

En résumé, les sages-femmes sont relativement pessimistes concernant les variétés postérieures, expliquant leur interventionnisme.

## 1.2. Les conditions d'exercice dans les maternités

Il était supposé que les maternités n'offraient pas les conditions nécessaires à la pratique des sages-femmes concernant les variétés postérieures.

Les 29 sages-femmes ayant reçu la formation de Gasquet© ont toutes affirmé pouvoir mettre en application sur le terrain les techniques qu'elles ont apprises. Ces maternités sont toutes équipées de tables d'accouchements permettant les positions exposées par madame de Gasquet : les dossiers et le bas des tables peuvent se monter et se descendre, les étriers sont mobiles et permettent la rotation, l'abduction, l'adduction et la flexion des fémurs. Des coussins d'allaitement sont présents en quantité suffisante pour chaque salle de naissance, utilisés pour le confort des patientes, les premières mises au sein en salle de naissances et l'organisation des positions pendant le travail. Il a été noté dans chaque maternité la présence de ballons, principalement utilisés en phase de « pré-travail », et parfois lors des positions de travail en quadrupédie.

Concernant les 5 sages-femmes étudiant l'acupuncture, elles travaillaient toutes à la même maternité : l'Hôpital Maternité de Metz. Trois d'entre-elles ont affirmé pouvoir mettre en application ce qu'elles ont appris (les 2 autres ne se sont pas prononcées). Il est vrai que dans cette maternité le matériel en lien avec l'acupuncture est présent : aiguilles spéciales, livres de référence et posters.

La maternité de Sarreguemines présentait deux spécificités : une salle de bain avec baignoire, musique « zen » et huiles essentielles et des salles de pré-travail avec une liane de suspension.

Seules les maternités des CHR de Thionville et de Pau possédaient des monitorings sans fil (deux à Thionville réservés aux salles de pré travail, un à Pau peu utilisé).

En conclusion il est admis que les maternités étudiées mettaient à la disposition des sages-femmes le matériel utile à leurs pratiques du point de vue de la liberté posturale et de l'acupuncture. Cependant les outils nécessaires à la mobilité et à la déambulation étaient peu présents.

### 1.3. Les formations insuffisantes des sages-femmes

Dans un troisième temps il était supposé que les sages-femmes n'étaient pas suffisamment formées et informées quant aux différents moyens qui existent pour la prise en charge des variétés postérieures. Deux grands axes d'étude se sont démarqués.

- Il était remarquable qu'un grand nombre des sages-femmes interrogées avait bénéficié d'une ou plusieurs formations en rapport avec les variétés postérieures. Seulement 12 sages-femmes n'ont jamais fait de formation dans ce sens là, au total 34 en ont réalisé une qu'elles jugent utile pour ces situations : les formations de Gasquet© sur la liberté posturale pendant le travail et le DIU d'acupuncture. En corrélant les attentes des sages-femmes avec leur ancienneté et l'année d'obtention de leur DE, il est apparu que sur les 13 sages-femmes actuellement en demande de connaissances sur ce sujet, 9 ont obtenu leur DE après 2005 et 9 ont moins de 2 ans d'expérience en salle de naissances ! Ainsi les sages-femmes nouvellement diplômées sont attirées par les apprentissages actuellement disponibles afin d'obtenir des outils supplémentaires.
- Ensuite en exploitant la question relative à la sensibilisation aux variétés postérieures en école de sage-femme, une nette amélioration au fil des

ans a été mise en évidence. En effet, plus les sages-femmes sont entrées dans le métier tardivement, plus elles ont été instruites à la prise en charge des variétés postérieures durant leurs cours et leurs stages. Ceci pourrait être associé à la montée en puissance des théories obstétricales de du Docteur de Gasquet dans les années 1990. En effet les sages-femmes interrogées semblent avoir été de plus en plus avisées de ces techniques à partir de 1995 (date d'obtention du DE). De plus, le nombre de sages-femmes sensibilisées aux OS pendant les études a augmenté avec le nombre d'années d'étude.

En conclusion, l'hypothèse émise dans cet écrit n'est ni réfutée ni confirmée. Les sages-femmes sont de plus en plus sensibilisées à la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail, leur formation initiale à l'école s'étoffant au fils des années (allongement de la durée d'études, apparition récente des courants de pensées de type de Gasquet©). Paradoxalement les sages-femmes récemment diplômées sont bien plus en demande de formation que les sages-femmes expérimentées.

## **2. Les pratiques des sages-femmes**

### **2.1. Au cas par cas**

D'après cette étude 37 sages-femmes sur 45 ont déclaré agir sur les variétés postérieures et 8 ne pas intervenir à partir du moment où la physiologie règne. Néanmoins la question décryptant les techniques utilisées par les sages-femmes a révélé que 4 d'entre elles n'intervenant pas utilisaient systématiquement une des méthodes exposées dans le premier chapitre. La majorité des professionnelles, bien que considérant les variétés postérieures comme physiologiques, ne pourrait donc pas rester inactive face à ces situations.

#### **2.1.1. Le changement de position**

Les 45 sages-femmes interrogées ont déclaré pratiquer le changement de position alors que seulement 29 d'entre elles ont reçu la formation de Gasquet© inhérente aux positions pendant le travail. Le décubitus latéral et le « 4 pattes »

étaient les plus fréquemment utilisées, loin devant la station assise penchée en avant et la position Rosa (observée uniquement à l'Hôpital Maternité de Metz).

L'attrance évidente pour le décubitus latéral (25 sages-femmes sur 45) s'explique par la facilité de mise en œuvre de cette position : elle nécessite une faible mobilisation (un quart de tour sur le côté), elle reste possible même en cas d'analgésie particulièrement efficace, elle n'empêche pas l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, elle est relativement confortable pour la femme et son enfant. Il faut cependant veiller à intervertir les côtés de façon à ne pas latéraliser l'analgésie (péridurale plus forte d'un côté que de l'autre). Sur le terrain, cette position est fréquemment adoptée même en cas de variété antérieure, car plus physiologique, plus confortable et moins contraignante que le décubitus dorsal. Bon nombre de femmes se positionnent ainsi d'elles-mêmes du fait de la sensation de malaise occasionnée par le décubitus dorsal.

Le « 4 pattes » était également très utilisé dans le cas des variétés postérieures (27 sages-femmes sur 45) en raison de son succès pour faire tourner la présentation. Quelques sages-femmes ont précisé ne mettre en place le « 4 pattes » uniquement si le décubitus latéral ne suffisait pas. Sont en cause la difficulté d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (le ventre étant libre en avant, le capteur du monitoring applique peu sur l'utérus nécessitant bien souvent l'appui d'une tierce personne), l'enchevêtrement des fils (voie veineuse, monitoring, cathéter de péridurale, scope...), et la surveillance indispensable de la sage-femme ou d'un étudiant pendant toute la durée de la position. Parfois quelques femmes refusent de prendre cette position, au motif de la pudeur. Certaines trouvent cette posture « animale », loin de toute humanité, d'autres craignent le « qu'en dira-t-on » si quelqu'un les surprenait dans une telle position.

La position assise penchée en avant a quant à elle rencontré peu de succès (4 sages-femmes sur 45). La raison de ce dénigrement est inconnue. Après en avoir échangé avec certaines sages-femmes, celles-ci ont confié leurs observations : selon elles la position assise favoriserait les œdèmes vulvaires par collection liquidienne au niveau du périnée (action de la pesanteur). Or un périnée oedématisé est plus propice à se déchirer, et la réfection de cette déchirure est plus ardue du fait de la fragilité des tissus. Néanmoins ceci ne reste que pure conjecture ; aucune étude n'ayant été

réalisée à ce sujet, ces dires reflètent plus les observations sur le terrain de certaines sages-femmes. Il serait intéressant d'approfondir ce sujet.

Enfin 2 sages-femmes ont mentionné la position Rosa. C'est une position horizontale accompagnée d'une hyper flexion de l'articulation coxo-fémorale.

### 2.1.2. La mobilité

Avant l'apparition de l'analgésie péridurale, les femmes étaient libres de tout mouvement et pouvaient donc déambuler. Les positions étaient plutôt verticales, le but étant d'éviter la dystocie pour le fœtus et pour la mère, mais aussi abréger et réduire les souffrances maternelles. Aujourd'hui, après un certain temps de remise en question, l'obstétrique moderne se tourne de nouveau vers cette mobilité verticale : déambulation, bain, ballon, suspension, etc.

Trente-trois sages-femmes sur les 45 interrogées ont déclaré pratiquer la mobilité pendant le travail en cas de variété postérieure, certaines ont précisé ne l'utiliser qu'en absence d'analgésie péridurale. Il aurait été opportun ici de poser la question différemment. Le terme de « mobilité » employé dans le questionnaire désignait principalement la déambulation, la suspension, les postures sur ballon ou accroupies pendant le travail en salle de naissances. Il est possible que, pour les sages-femmes interrogées, la notion de mobilité ait été raccrochée à celle de « liberté posturale », à juste titre. Ceci apportant un biais non négligeable à l'étude, cette question ne peut être pleinement étudiée et commentée.

### 2.1.3. La rotation manuelle

Trente-et-une sages-femmes ont déclaré pratiquer la rotation manuelle, dont 27 selon le terme « parfois ». Parmi les 14 sages-femmes ne réalisant jamais cette méthode, 10 ont été récemment diplômées. Deux hypothèses sont alors à envisager :

- La rotation « au doigt » requiert une certaine expérience ; en effet il faut une bonne connaissance de l'anatomie du bassin maternel, du crâne fœtal, et de la physiologie de l'accouchement.
- La formation de base actuelle en école de sage-femme donne plus d'outils aux étudiants et « jeunes » diplômés pour prendre en charge les variétés postérieures ; de ce fait les sages-femmes privilégieraient les méthodes plus



en respect de la physiologie (les changements de postures par exemple) qu'elles apprennent dès leurs premiers stages en salle de naissance.

Sur le terrain, cette technique est plus largement utilisée dans un contexte d'urgence. Par exemple lorsque la variété postérieure s'accompagne de troubles du rythme cardiaque fœtal. Dans ces situations, l'équipe obstétricale juge souvent la nécessité d'accélérer la dernière phase du travail en aidant la présentation à tourner. Si elle est engagée, certains obstétriciens proposent même la rotation par l'intermédiaire d'une « ventouse », plus aisée et plus rapide.

#### 2.1.4. L'acupuncture

Dans cette étude, 7 sages-femmes ont annoncé utiliser l'acupuncture lors des variétés postérieures, alors que 5 d'entre-elles étaient en cours de validation de leur diplôme. Concernant les 2 autres sages-femmes, elles ont précisé dans leur questionnaire faire appel à une praticienne ayant reçu la formation.

Le biais dans cette question porte sur les 5 sages-femmes passant actuellement leur DU d'acupuncture : au moment de l'étude elles ne le possédaient pas encore. Ces sages-femmes, formées ultérieurement, ont cessé leur activité une fois le diplôme d'acupuncture obstétricale reconnu, le temps de valider leurs acquis. Au moment de l'enquête elles ne pratiquaient plus l'acupuncture, elles ont choisi de répondre aux questions en fonction de leurs pratiques une fois leur diplôme validé. Et toutes sans exception pratiqueraient l'acupuncture en cas de variété postérieure, l'une systématiquement.

Il faut préciser que sur 45 sages-femmes interrogées, seulement 5 étaient ou seront diplômées en acupuncture, ce qui est relativement faible.

#### 2.1.5. Les médicaments

Une seule sage-femme sur les 45 a déclaré utiliser parfois des médicaments lorsqu'elle est confrontée à une variété postérieure. A l'opposé, en réponse au cas clinique il est montré que 10 sages-femmes injecteraient dans cette situation des médicaments utéro relaxant (Spasfon®, Calcium, Magnésium) et 9 agiraient sur le débit de Syntocinon® (3 en diminuant le débit et 6 en l'augmentant). Il est à supposer que par réflexe les sages-femmes utilisent parfois des méthodes médicamenteuses

lorsqu'elles sont confrontées aux variétés postérieures. Etant donné que cette action concerne surtout les conséquences autour de l'OS et non la malposition en elle-même, peut-être que ces sages-femmes n'estimaient pas agir directement sur la présentation. Certaines même précisaient injecter un bolus d'anesthésiant dans la péridurale afin de lever l'œdème du col et de soulager la patiente. Cette éventualité n'ayant pas été développée dans la première partie, il est important d'en apporter la trace ici.

Globalement deux idées sont ressorties quant à l'utilisation des ces médicaments :

- Lever l'œdème du col : l'injection en intraveineuse directe d'un mélange de Spasfon®/Calcium ou Spasfon®/Magnésium a été largement utilisée, la diminution du Syntocinon en revanche n'est exprimée que 3 fois et se démarque des écrits en première partie ; enfin l'utilisation de la péridurale est assurément une surprise, bien qu'elle soit manipulée pour la majorité en vue de prendre en charge la douleur de la patiente (sous couvert de la prescription d'un anesthésiste).
- Augmenter l'efficacité des contractions, en augmentant le débit de Syntocinon® jusqu'à obtention d'une contractilité efficace.

Concernant l'homéopathie, une seule sage-femme a déclaré en faire usage dans le cas clinique pour diminuer l'œdème du col. Cette prise en charge peu connue des sages-femmes est en miroir avec l'utilisation des médicaments de la sphère utérine : comme l'a précisé une sage-femme de l'étude « l'homéopathie n'est pas spécifique à la prise en charge des variétés postérieures », ceci expliquant son anonymat actuellement.

## 2.2. Quelles sont les contraintes exposées par les sages-femmes ?

Parmi les 45 sages-femmes interrogées, 9 n'ont pas répondu à la question relative aux contraintes, 14 ont estimé qu'il n'y a aucune limite à la mise en œuvre de leurs techniques pour faire tourner une variété postérieure. Il est vrai que le changement de posture par exemple demande une faible mobilité, facile à obtenir si la patiente coopère, les médicaments sont largement utilisés grâce au droit de

prescription de la sage-femme, les aiguilles d'acupuncture peuvent être commandées par les sages-femmes de salle de naissance. Seule l'homéopathie ne peut être pleinement utilisée.

Les 22 autres sages-femmes ont émis un avis différent : elles ont toutes estimé qu'il existe bien des contraintes à la mise en place de leurs compétences dans le domaine des variétés postérieures.

### 2.2.1. L'analgésie péridurale

L'analgésie péridurale est arrivée en première position, citée par 15 sages-femmes, avec une prédominance à Thionville (7 sages-femmes sur 16) et Pau (4 sages-femmes sur 6). Ceci peut être résumé en deux raisons principales :

- La péridurale favorise les variétés postérieures : elle assouplit les tissus mous du pelvis et du vagin, de ce fait la présentation ne trouve pas de plan dur pour tourner ;
- La péridurale classique peut parfois empêcher la mise en place de certaines techniques nécessitant la mobilité de la patiente ; par exemple la position à 4 pattes n'est pas possible si la femme a l'une de ses deux jambes complètement endormie, elle ne tiendrait pas la position qui pourrait se révéler dangereuse en cas de chute de la hauteur de la table d'accouchement ; quant à la déambulation, si l'analgésie classique est trop dosée elle n'est pas autorisée.

La péridurale est une grande avancée dans le domaine de l'obstétrique. Elle a révolutionné l'accouchement « sans douleur » et permis un certain confort dans le fait d'enfanter qui n'existait pas auparavant.

### 2.2.2. Le manque de formation

Elles étaient 5 sages-femmes à mentionner le « manque de formation » comme limite à leur champ de compétence vis-à-vis des variétés postérieures. Quatre d'entre-elles ont obtenu leur diplôme après 2007, une en 1981, 4 n'ont reçu aucun apprentissage (la plus jeune diplômée a bénéficié de la liberté posturale de de Gasquet©). Quatre sont en demande de formation (une n'a pas répondu).

Selon l'article 4 du titre premier du code de déontologie des sages-femmes relatif aux devoirs généraux des sages-femmes, « les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances dans les conditions prévues par l'article L.4153-1» (article R4127-304 du code de la santé publique). Par conséquent les sages-femmes ont le devoir de se former. Les formations utiles aux variétés postérieures telles que la formation de Gasquet©, une initiation à la mécanique obstétricale, les DIU d'acupuncture et de mécanique obstétricale sont relativement accessibles. Le souci principal évoqué par certaines sages-femmes n'est autre que le côté financier. Les formations collectives peuvent parfois être prise en charge par l'employeur, mais les DIU relèvent d'une initiative personnelle et donc d'un financement personnel parfois très onéreux.

### 2.2.3. Les « fils »

Une seule sage-femme a mentionné comme limite les « fils » rattachés à la patiente. Actuellement il est fréquemment retrouvé en salle de naissance des femmes surveillées au moniteur (au moins 3 fils), perfusées (un fil), avec une péridurale (un fil), un monitoring (2 fils). Lors des changements de position cela fait tout autant de câbles à bouger, à rebrancher, à surveiller (ne pas emmêler la perfusion au risque de l'arracher). Cela réduit légèrement la mobilité. Par exemple pour mettre une femme à « 4 pattes » il est parfois nécessaire de demander l'aide d'une tierce personne ne serait-ce que pour faciliter l'adaptation des fils à la position.

Certaines situations rendent l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal compliqué : le décubitus latéral avec jambe relevée accentue la difficulté de positionnement du capteur cardiaque, la position à « 4 pattes » requiert souvent l'appui d'une tierce personne sur le capteur cardiaque tout au long de la posture, la déambulation est restreinte avec un monitoring « classique ». Dans certaines maternités, des monitorings sans fils très pratiques peuvent être utilisés en cas de marche, de travail avec le ballon. Mais leur coût élevé ne permet pas aux services de s'en équiper.

#### 2.2.4. Le manque de sages-femmes formées en acupuncture

Enfin 2 sages-femmes ont déclaré que le nombre limité de professionnelles formées en acupuncture restreignait l'offre de compétences pour la prise en charge des variétés postérieures en salle de naissances. Bien que la sage-femme ne soit pas elle-même formée en acupuncture, elle peut toujours faire appel à une de ses collègues diplômées pour accomplir un geste. S'il y a peu de collègues instruites dans le service, il y aura forcément peu d'actes accomplis et une certaine frustration pour les sages-femmes estimant qu'une prise en charge par l'acupuncture à ce moment précis était judicieuse.

### 3. Actions possibles

#### 3.1. La péridurale déambulatoire

La péridurale est une analgésie qui supprime les douleurs dues aux contractions utérines, sans pour autant faire perdre connaissance. Elle permet aux femmes de vivre leur accouchement plus « sereinement ». Il s'agit du placement d'un fin cathéter entre les troisième et quatrième vertèbres lombaires permettant d'injecter le produit anesthésiant bloquant les transmissions nerveuses de la douleur. La péridurale ambulatoire est, sur le principe, identique à la péridurale classique, seuls le type de médicament et la dose changent afin d'éviter le bloc moteur incompatible avec la marche.

Il s'agit le plus souvent du mélange d'un anesthésique local modérément dilué (tel que la Bupivacaïne® 0,125%) et d'un morphinique (en France le Sufentanyl®). Une étude a prouvé que cette technique permet environ 90% de déambulation et 80% de mictions spontanées.

Certaines techniques peuvent se surajouter au mélange « anesthésique local + morphinique » telles que la PCEA (Patient Control Epidural Analgesia). C'est une pompe autoprogrammable qui permet à la patiente de s'autoadministrer des bolus d'analgésiques dans la péridurale. Cela permet de diminuer d'un tiers la dose reçue par rapport à une péridurale classique.

Le succès de ce type d'analgésie dépend principalement de la motivation de la parturiente pour la déambulation, de l'intensité de l'analgésie requise, et de la disponibilité des équipes pour la mettre en œuvre. En effet il faut garder une vigilance accrue afin de s'assurer que la patiente ne tombe pas et ne fasse pas d'hypotension, une surveillance du rythme cardiaque fœtal par télémétrie nécessitant un monitoring sans fil encore peu répandu dans les maternités.

L'intérêt de cette pratique est de favoriser la déambulation des patientes pendant le travail. Bien que la marche en elle-même n'ait pas un impact particulier sur le déroulement du travail, la pratique de certains exercices peut au contraire aider la rotation et la descente de la présentation : le ballon, la suspension, la position accroupie, etc. Cette méthode est encore peu répandue en France, y compris dans les maternités étudiées. A Pau il existe une large utilisation des PCEA. Globalement les patientes rencontrées étaient pleinement satisfaites de leur analgésie, la mobilité était vraiment très importante, mais la déambulation n'était pas permise.

Cette technique représente le futur de l'obstétrique, tant par le confort qu'elle peut donner aux patientes que par les bénéfices obstétricaux (moins de blocs moteurs, moins d'hypotensions, moins de sondages urinaires). Il pourrait être intéressant d'étudier sa mise en place dans les maternités citées ici, à titre expérimental.

### 3.2. La formation des étudiants sages-femmes

Globalement les étudiants sages-femmes sont de plus en plus formés et informés concernant les variétés postérieures pendant le travail. Néanmoins les données acquises résultent le plus souvent de la transmission de connaissances entre professionnels et étudiants, voire entre étudiants eux-mêmes. Le fait de recueillir des informations provenant de différentes sources est certes formateur mais peut aussi engendrer des données erronées sur des sujets nécessitant une précision absolue. C'est le cas de la liberté posturale pendant le travail et des positions de Gasquet©.

La formation dispensée par Madame le docteur de Gasquet est largement répandue dans toute la France et le Québec, ses enseignements mis en pratique tous les jours. Cette formation s'est révélée fort utile, tant pour la prise en charge des

variétés postérieures que pour le déroulement du travail global, de l'accouchement et de la douleur. Au vue de l'étude réalisée, les sages-femmes récemment diplômées demandent activement à recevoir cette formation le plus tôt possible afin d'avoir un maximum de cartes en main dès le début de leur carrière pour accompagner au mieux leurs patientes. Dans ce cas, pourquoi ne pas former les sages-femmes dès leur dernière année d'étude en école de sage-femme ?

Il y a de cela quelques années, l'école de sage-femme de Metz était l'une des premières écoles de sage-femme de France à proposer la formation de Gasquet© aux étudiants de quatrième et dernière année. Cette pratique s'est perdue au fils des ans. Nous pourrions la remettre en place, ou proposer aux étudiants de participer aux séances organisées dans les maternités pour les sages-femmes de terrain. Bien évidemment, ceci a un coût, non négligeable pour le CHR, pour les étudiants eux-mêmes. Et c'est cet aspect financier qui représente l'obstacle principal à cette proposition. Mais le bénéfice intellectuel qui en résulterait n'est pas anodin.

### 3.3. L'acupuncture

L'appellation « maternité amie des bébés » est actuellement bien connue du grand public. Ces maternités se démarquent des autres par leur logo, leur prise en charge du duo mère-enfant. Il en existe très peu en France, c'est ce qui les rend si populaires.

A Metz et en Lorraine ces maternités ne sont pas retrouvées. En revanche à l'Hôpital Maternité de Metz travaillent des sages-femmes diplômées en acupuncture. Et d'ici environ trois ans, cette structure et son personnel vont déménager dans de nouveaux locaux, neufs, plus adaptés et attractifs. Il pourrait être intéressant de monter un projet « grossesse, accouchement et acupuncture ». Sensibiliser les sages-femmes de salle de naissance, de suites de couches, de consultation ainsi que les médecins à l'acupuncture en leur proposant une simple initiation comme celle énoncée en annexe pourrait s'avérer judicieux. Le personnel intéressé par le DIU d'acupuncture obstétricale pourrait bénéficier de facilités pour entreprendre cette formation si complexe, de part les connaissances et la précision qu'elle requiert. Une

fois un nombre suffisant de professionnels formés, la maternité de Metz aurait un centre d'activité tout à fait inédit, une obstétrique nouvelle et attrayante. Le côté physiologique et naturel de la médecine chinoise contraste tellement avec l'obstétrique médicalisée de nos jours que l'acupuncture pourrait prendre un essor considérable et changer le vécu et le ressenti de la grossesse et de l'accouchement par les mères. Prendre en charge les « petits maux de la grossesse », la douleur de la parturition, les malpositions des fœtus (aussi bien les variétés postérieures pendant le travail que les présentations du siège en fin de grossesse) pourrait se révéler bénéfique pour un certain nombre de patientes.

De plus en plus de femmes sont séduites par l'acupuncture, il serait judicieux et honorable de répondre à leurs attentes en développant cette activité dans une maternité.

#### **4. Vers une prise en charge précoce ?**

##### **4.1. En fin de grossesse**

La prise en charge des variétés postérieures pendant le travail a été décrite de façon exclusive. Il est légitime de se demander pourquoi cette malposition fœtale existe, quels sont les facteurs influençant sa mise en place. Les variétés postérieures sont découvertes pendant le travail, raison pour laquelle on ne s'en préoccupe qu'en salle de naissances. Lorsqu'en fin de grossesse il est systématiquement retrouvé chez une même patiente un fœtus avec une présentation haute et mobile et un dos à droite, les professionnels sont en droit de se demander si cet enfant n'est pas d'ores et déjà en postérieur et s'il n'est pas plus à risque qu'un autre de se positionner ainsi pendant le travail.

La position du fœtus en fin de grossesse est déterminante pour le déroulement du travail et le mode d'accouchement. Il serait pertinent de l'encourager à prendre la position la plus favorable avant même le début du travail. Mais le mode de vie actuel dans notre société n'est pas très propice au positionnement optimal du fœtus. Tout tourne autour du confort : les canapés pour être confortables sont obliqués vers l'arrière, les transats et autres chaises à bascule envahissent notre intérieur, la femme



enceinte en fin de grossesse doit se reposer... D'après Pauline Scott et Jean Sutton, « quand une femme s'assied dans ces sièges modernes son bassin bascule vers l'arrière tout comme le fœtus (action de la gravité) », fermant les diamètres du détroit supérieur. Les femmes enceintes passent actuellement beaucoup plus de temps devant la télévision, assises dans ces « relax », leur bébé reste donc dans cette position postérieure. Les conditions de vie ont changé, mais les conditions de travail aussi ! Au cours du dernier mois de grossesse, les futures mères adoptaient continuellement des postures penchées en avant (travail de la terre, entretien de l'habitation). Aujourd'hui l'urbanisation et l'émancipation des femmes ont changé ces habitudes, favorisant le mauvais positionnement fœtal.

C'est pourquoi il convient de s'adapter aux changements de la société, en enseignant des activités préventives aux futures mères par l'intermédiaire d'un personnel qualifié.

#### 4.2. Quelle information ?

Il convient d'encourager le fœtus à se tourner en avant vers la fin de la grossesse grâce à certaines postures, habitudes de vies et méthodes parallèles.

En adoptant régulièrement des postures verticales penchées en avant pendant le dernier mois de grossesse, une femme enceinte donnera de bonnes chances à son bébé de positionner son dos en avant ; par exemple en regardant la télévision dans un fauteuil avec un coussin dans le dos pour se verticaliser, sans croiser les jambes. Ou encore en dormant couchée sur le côté, la jambe supérieure fléchie en avant et légèrement surélevée pour mieux ouvrir le détroit supérieur.

La natation, plus précisément la nage sur le ventre, peut s'avérer utile non seulement pour le positionnement du fœtus mais aussi pour soulager les maux de fin de grossesse : douleurs ligamentaires, contractions de Braxton-Hicks...

Enfin les médecines dites « douces » peuvent être pratiquées dans ce but selon les désirs de la femme, l'acupuncture tout particulièrement.

Globalement, il faut éviter toutes les postures semi allongées avec les genoux plus hauts que les hanches, les longs trajets en voiture et les jambes croisées, plus propices aux variétés postérieures à cause de la pesanteur, du non alignement dans l'axe du fœtus et de la fermeture des diamètres du bassin.

#### 4.3. Comment délivrer l'information ?

Cette information doit être délivrée par des professionnels compétents : sages-femmes libérales, de consultation, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes de préparation à la naissance, et ce pendant les consultations de grossesse et les séances de préparation à la naissance.

Il n'y a pas de moment particulier pour parler des positions en fin de grossesse, mais il semble judicieux d'en parler durant le troisième trimestre, afin de profiter le plus tôt possible des biens-faits de cet enseignement. Apporter quelques éléments d'anatomie du bassin aux femmes et le rôle de leur positionnement en fin de grossesse pourrait faire partie intégrante des rencontres mensuelles avec le praticien en fin de gestation.

## CONCLUSION

Le but de ce mémoire était d'identifier les facteurs influençant les pratiques des sages-femmes et de proposer des actions visant à passer outre les limites à leur prise en charge.

Après analyse des résultats de l'enquête, nous avons montré à notre échelle que les sages-femmes utilisent facilement les positions de Gasquet© et la rotation manuelle contre les variétés postérieures. Cependant l'acupuncture et la mobilité brute restent mises de côté. Mis en cause par ces mêmes professionnelles, l'analgésie péridurale et le manque de formation précoce seraient les principaux facteurs influençant leurs pratiques.

Afin d'offrir plus de possibilités aux sages-femmes et aux parturientes, nous avons jugé intéressant de développer certaines idées : la mise en place d'une analgésie péridurale déambulatoire, la formation des étudiants sages-femmes aux pratiques les plus courantes en fin de cursus et la mise en avant du diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale.

Bien que les professionnelles de salle de naissances soient à même de prendre en charge de façon adaptée les variétés postérieures, il pourrait s'avérer utile de dépister ces malpositions fœtales durant le dernier mois de grossesse. Ceci dans le but d'éduquer les femmes enceintes dans leur vie de tous les jours afin de favoriser les variétés antérieures et se trouver ainsi dans des conditions optimales dès le début du travail.

## BIBLIOGRAPHIE

### LIVRES

- [1] CALAIS-GERMAIN B., VIVES PARES N.  
Bouger en accouchant : comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement  
Editions Desiris, pour tous pays, 2009, 174 pages
- [2] De GASQUET B.  
Bien-être et maternité  
Paris : Editions Albin Michel, 2009, 373 pages
- [3] GARNIER DELAMARE  
Dictionnaire illustré des termes de médecine, 28<sup>e</sup> édition  
Paris : Edition Maloine, 2004, 1046 pages
- [4] JEAN, BORSARELLO F ;  
Traité d'acupuncture  
Paris : Editions Masson, 2005, 517 pages
- [5] LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.  
Obstétrique, 4<sup>e</sup> édition  
Editions Masson, 2003, 469 pages
- [6] LANSAC J., BODY G., PERROTIN F. "et al".  
Pratique de l'accouchement, 3<sup>e</sup> édition.  
Paris : Editions Masson, 2001, 525 pages
- [7] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.  
Précis d'obstétrique  
Paris : Editions Masson, 1995, 597 pages
- [8] OGNIER H.  
La position d'engagement : un facteur favorisant la physiologie  
Mémoire de fin d'étude, école de sage-femme de Metz, 2004, 58 pages
- [9] SCHAAL JP.  
Mécanique et techniques obstétricales, 3<sup>e</sup> édition  
Montpellier : Editions Sauramps médical, 2007, 922 pages
- [10] SCHOTT D.  
La liberté posturale en début de travail  
Mémoire de fin d'étude, école de sage-femme de METZ, 2006, 62 pages

[11] VIDAL  
Le dictionnaire  
Editions Vidal, 2010

[12] VITAL DURAND D., LE JEUNNE C.  
Dorosz, guide pratique des médicaments, 28<sup>e</sup> édition  
Paris : Editions Maloine, 2009, 1814 pages

## ARTICLES

[13] De GASQUET B.

La liberté posturale au cours de l'accouchement  
Les dossiers de l'obstétrique, Mars 1991, n°182, pages 9 à 11

[14] De GASQUET B.

Les positions pour l'accouchement  
Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 1995, n°232, pages 20 à 30

[15] RENNER JP.

Pourquoi le décubitus latéral maternel peut-il favoriser la rotation antérieure  
d'une présentation céphalique postérieure ?  
Vocation sage-femme, Juin-juillet 2010, n°83, pages 22 à 25

[16] SCOTT P., SUTTON J.

Comprendre et mieux positionner le fœtus en présentation céphalique  
Les dossiers de l'obstétrique, Octobre 1995, n°232, pages 10 à 19

## INTERNET

[17] Initiation à l'acupuncture en obstétrique (page consultée le 4 février 2011)  
<http://www.unistra.fr/formation-continue/stage/fr-rne-0673021v-pr-acv-411-1182>

[18] Législation et acupuncture obstétricale (page consultée le 4 février 2011)  
<http://www.afsfa.org/afsfa-infos-acupunctures-details-39.html?PHPSESSID=3e80bac11b8ffaa7d1ec6930e4eae921>

[19] Bien réussir son accouchement avec l'homéopathie (page consultée le 5 mars 2011)

<http://homéopathie.com/pathologies/accouchement.html>

[20] Les sages-femmes et l'acupuncture (page consultée le 4 février 2011)

<http://www.acupuncture-france.com/fr/Accueil-7.html>

[21] DIU acupuncture obstétricale (page consultée le 4 février 2011)

[http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig\\_diu\\_du/diunatacupunct\\_obst\\_.html](http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig_diu_du/diunatacupunct_obst_.html)

[22] Rotation intra-pelvienne de la tête fœtale (page consultée le 2 janvier 2011)

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/17000fra.asp>

[23] Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement (page consultée le 12 mars 2011)

<http://www.medix.free.fr/sim/conduite-tenir-accouchement-bis.php>

## AUTRES

[24] MERCIER FJ.

Actualité de l'analgésie péridurale pour le travail

Collège national des sages-femmes, 5<sup>e</sup> journées, Avril 2009, 24 pages

[25] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

[26] CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES

[27] LAROUSSE

Dictionnaire le petit Larousse illustré

2011

# ANNEXES

**Annexe I** : La rotation

**Annexe II** : Les positions de Gasquet©

**Annexe III** : L'acupuncture obstétricale

**Annexe IV** : Questionnaire de l'enquête

## Annexe I : La rotation

Figure 10 : Rotation des variétés antérieures [6]

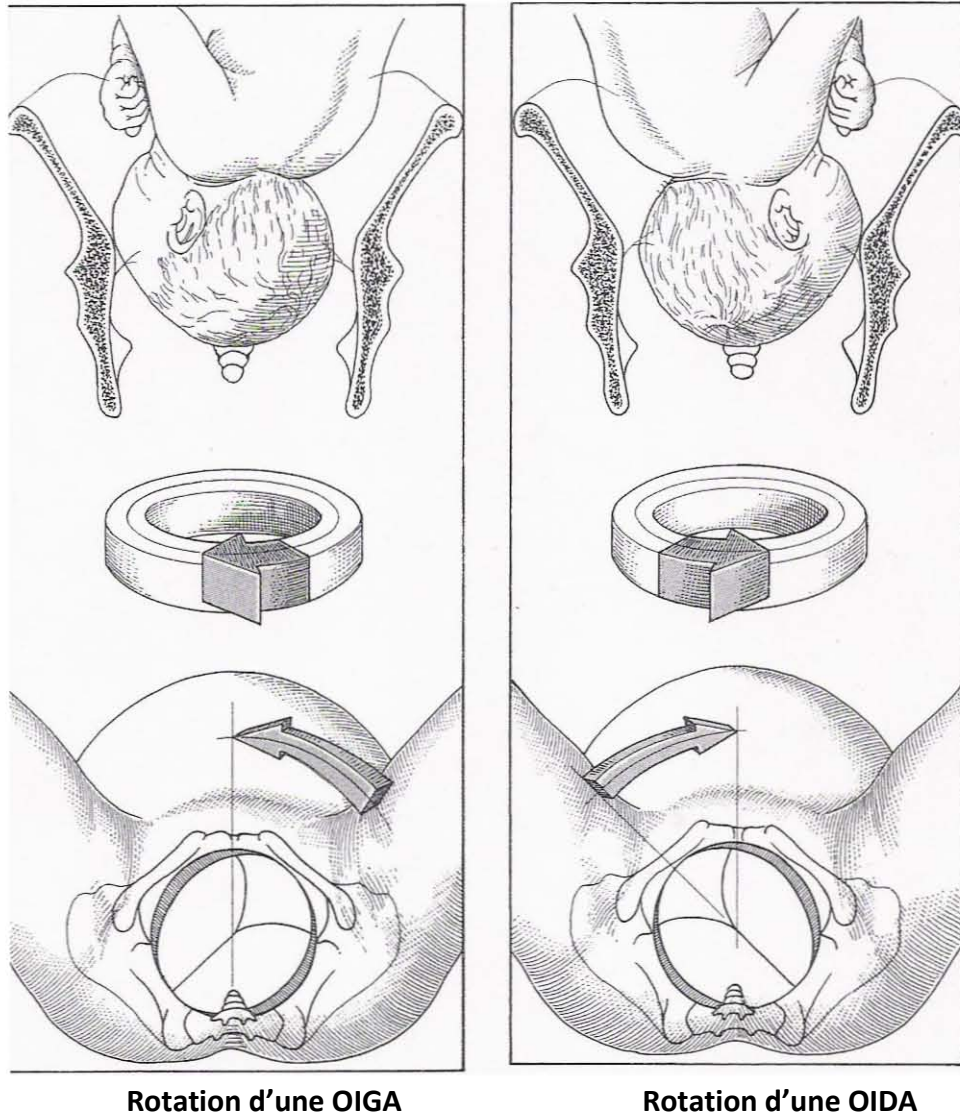
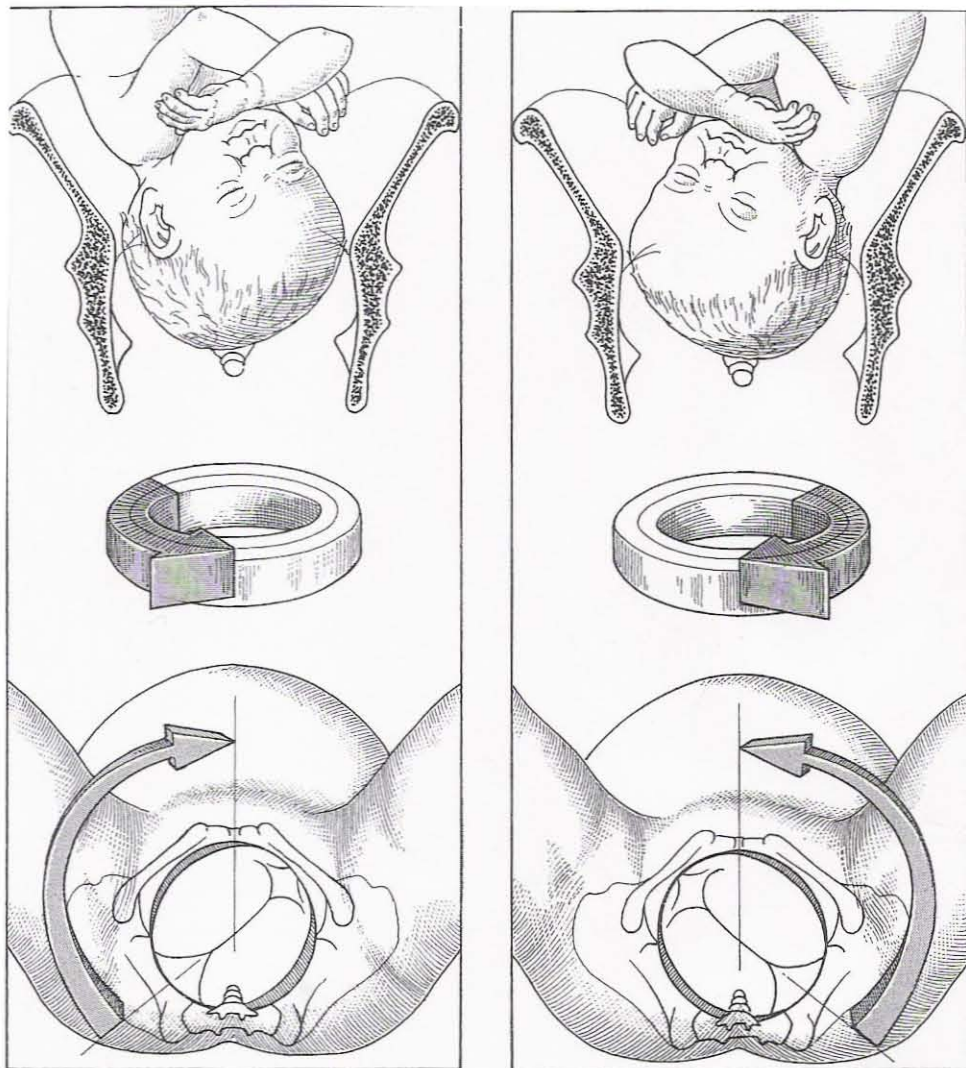




Figure 11 : Rotation des variétés postérieures [6]



**Rotation d'une OIDP**

**Rotation d'une OIGP**

## ANNEXE II : Les positions de Gasquet©



Position à « 4 pattes », avec APD



Position assise



Position assise en appui sur une barre



Décubitus latéral, appui sur l'étrier



Décubitus latéral, appui sur coussin

Images issues de « Bien être et maternité », Bernadette De Gasquet

## **ANNEXE III : L'acupuncture [17, 20, 21]**

### - Initiation

L'initiation à l'acupuncture obstétricale est ouverte aux Sages-femmes, internes et gynécologues-obstétriciens. C'est une formation de 4 jours qui a pour objectifs :

- Comprendre les principes essentiels de l'acupuncture,
- Connaître ses effets antalgiques en salle d'accouchement mais aussi ses effets sur le col, la contraction utérine, le périnée, l'allaitement et sur l'état général de la parturiente, sur la version fœtale.
- Etre initié à la manipulation des aiguilles.

Cette formation donne lieu à la délivrance d'une attestation de participation, et une évaluation de fin de formation permet de mesurer l'atteinte des objectifs et la satisfaction des stagiaires.

### - Le DIU

Le diplôme intra-universitaire d'acupuncture obstétricale est délivré sous le sceau conjoint de 3 universités contractantes : l'université de Nîmes, l'université de Paris 13, l'université de Strasbourg.

- Objectifs de la formation :

Ce diplôme a pour objet la formation des sages-femmes et des médecins obstétriciens à la pratique de l'acupuncture dans le cadre obstétrical exclusif. L'objectif final est la connaissance des notions traditionnelles chinoises, la corrélation avec les données occidentales et l'amélioration de la prise en charge des patientes au cours de la grossesse et du post-partum immédiat.

- Conditions d'accès :

Selon les critères définis par le Conseil de Coordination Inter Universitaire du DIU d'Acupuncture, et conformément aux statuts, l'inscription est subordonnée à l'avis favorable d'une Commission, dirigée par le Directeur de l'Enseignement, dont le président peut éventuellement convoquer le candidat pour un entretien. Peuvent s'inscrire au DIU :

~ Les titulaires d'un diplôme de Sage-femme français.

~ Les titulaires d'un diplôme de Sage-femme équivalent au diplôme de Sage-femme français.

~ Les étudiants au cours de la dernière année des études de Sage-femme.

~ Les Gynécologues-Obstétriciens.

- Enseignement :

D'une durée de 2 ans, il comprend des cours théoriques, pratiques et des stages cliniques.

- Validation :

Il est nécessaire d'obtenir au minimum la moyenne (10/20) lors des examens de fin de deuxième année. De plus un mémoire de fin d'étude doit être rédigé et validé.

## **ANNEXE IV : Questionnaire de l'enquête**

JOLIOT Perrine  
Etudiante sage-femme  
Deuxième année de deuxième phase  
Ecole de sage-femme de METZ

Aux Sages-femmes de salle de naissances

Mademoiselle, madame, monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sous forme de questionnaire auprès des Sages-femmes de salle de naissances. L'étude concerne les pratiques appliquées à une présentation céphalique en variété postérieure pendant le travail. C'est pourquoi je vous sollicite pour remplir ce formulaire durant la période du 20 octobre 2010 au 20 novembre 2010.

Je tiens à préciser que ce travail servira à établir un état des lieux des pratiques des Sages-femmes dans le but de proposer à notre profession de nouvelles pratiques et formations.

Je vous remercie de votre aimable participation.

JOLIOT Perrine

**I) Renseignements personnels :**

Age : .....

Sexe :  féminin  masculin

Année d'obtention du DE et école de sage-femme fréquentée : - année : .....

- école : .....

Lieu d'exercice : -  secteur public  secteur privé

- niveau  1  2A  2B  3

- nombre d'accouchements pratiqués dans l'année 2009 pour cette maternité : .....

Ancienneté dans l'établissement : .....

Nombre d'années d'exercice en salle de naissances : .....

Parcours professionnel :

Lieu	Structure (statut)	Service	Durée	Date

Avez-vous exercé votre profession en dehors de la métropole ?

-  Oui

Pays/Ville : .....

Durée : .....

Raison (stage, humanitaire...) : .....

-  Non

**II) Formation et connaissances :**

Êtes-vous titulaire d'un diplôme universitaire ? Si oui lequel ?

.....

Avez-vous bénéficié d'une formation en rapport avec les variétés postérieures telle que:

- La mécanique obstétricale
- La liberté posturale pendant le travail
- L'homéopathie
- L'acupuncture
- Autre :

.....

Si oui : formation n°1 :

- Date et durée de la formation : .....
- Lieu de la formation : .....
- Circonstances de la formation :  individuelle  collective  
 obligatoire  facultative
- Initiative de la formation :  la vôtre  le chef de service  
 la cadre du secteur  les collègues
- Type de formation :  théorique  pratique  les deux
- Pensez-vous que cette formation vous a fourni des outils utiles concernant la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail ? .....
- Pouvez-vous mettre en application ce que vous y avez appris ? Pourquoi ?  
.....  
.....  
.....

Si oui : formation n°2 :

- Date et durée de la formation : .....
- Lieu de la formation : .....
- Circonstances de la formation :  individuelle  collective  
 obligatoire  facultative
- Initiative de la formation :  la vôtre  le chef de service  
 la cadre du secteur  les collègues
- Type de formation :  théorique  pratique  les deux
- Pensez-vous que cette formation vous a fourni des outils utiles concernant la prise en charge des variétés postérieures pendant le travail ? .....
- Pouvez-vous mettre en application ce que vous y avez appris ? Pourquoi ?  
.....  
.....  
.....

Si non, pour quelle raison ?

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

Etes-vous en demande d'une formation de ce genre ?  Oui  Non

Avez-vous été sensibilisé(e) durant vos études aux différentes méthodes qui existent pour faire tourner une OS en OP ?

- En cours :  Oui  Non
- En stage en France :  Oui  Non
- En stage à l'étranger :  Oui  Non
- Autres : .....

### III) Pratiques professionnelles :

Lorsque vous ne parvenez pas à diagnostiquer la variété de la présentation au toucher vaginal, tentez-vous de la déterminer par échographie (ou autre méthode) ?  Oui  Non

Précisez :

.....  
.....

Estimez-vous que les variétés postérieures sont :

- Physiologiques :  Oui  Non
- Pathologiques :  Oui  Non
- Potentiellement dystociques :  Oui  Non
- Potentiellement eutociques :  Oui  Non

Lorsque vous êtes confrontée à une variété postérieure, intervenez-vous pour la faire tourner ?

Oui  Non



Généralement, que faite-vous en cas de variété postérieure chez une primipare ? (mode d'intervention) :

- Changement de position : Jamais Parfois Souvent Systématiquement  
Précisez le type de position :.....  
Utilisez-vous les positions de De Gasquet ? .....
- Mobilité (marche, ballon...) : Jamais Parfois Souvent Systématiquement
- Rotation manuelle : Jamais Parfois Souvent Systématiquement
- Acupuncture : Jamais Parfois Souvent Systématiquement
- Homéopathie et médicaments : Jamais Parfois Souvent  
Systématiquement
- Autres :  
.....  
.....  
.....

Estimez-vous qu'il existe des contraintes à la mise en place de vos méthodes (exemple : APD, le manque de formation, ...) ? Si oui précisez :

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

#### IV) Cas clinique :

Afin de conclure ce questionnaire par une « touche » pratique, je vous propose de réagir face à un cas clinique d'une parturiente en salle de naissances.

##### 1) Cas clinique :

Madame A, 22 ans, primipare à 40SA, admise en salle de naissances à 8h00 le 16 Aout suite à la rupture spontanée de la poche des eaux à 7h00.

- Examen d'entrée en SDN : Constantes physiologiques, HU 33cm, présentation mobile au palper, dos à droite  
TV : col centré effacé souple 3cm présentation céphalique appliquée.  
RCF satisfaisant, CU régulières toutes les 4 minutes
- A 9h00 : Pose APD
- 10h00 : Patiente soulagée, RCF satisfaisant, TV : Col centré effacé souple 5 cm, présentation céphalique posée.  
mise en place d'une perfusion d'ocytocine au débit de 10cc/h à augmenter de 10cc/h toutes les 20 minutes
- 12h00 : Patiente ressent des douleurs au niveau du bassin osseux à droite.  
TV : col centré effacé tonique 6cm, présentation posée.  
Spasfon® IV réalisé et mise en position assise
- 13h00 : patiente algique toujours au niveau du bassin, ne supporte plus la position TV : Col centré oedématisé tonique 8cm, Présentation fixée présentant une bosse d'accommodation, la sage-femme diagnostique une variété postérieure en OIDP RCF satisfaisant. Le débit d'ocytocine est à 60 cc/h.

##### 2) Question :

A ce stade le diagnostic de variété postérieure est posé. Quelle prise en charge proposeriez-vous à cet instant pour faciliter le travail de cette patiente ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

