

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2017-2018

L'influence de la consultation siège sur le choix du mode
d'accouchement par les patientes

Présenté et soutenu publiquement le 28 août 2018
Par

DUCOURET Pauline

Directeur : Dr Jean-Luc EYRAUD

Guidante : Marie- Noëlle VOIRON



« A bonne dilatation, bon siège »



Remerciements

Je remercie,

Mon directeur de mémoire Dr Eyraud, pour son aide et ses précieux conseils

Ma guidante de mémoire Madame Voiron, pour son soutien et sa détermination dans la réalisation de ce projet de recherche ainsi que ses nombreuses lectures et relectures

Monsieur Dalmay sans qui les statistiques seraient toujours un mythe à mes yeux

Les professeurs de l'école de Sages-Femmes, pour leur bienveillance et leur aide

Mes amies et futures consoeurs Caroline, Audrey et Camille pour tous les merveilleux moments partagés

Mes parents, ma sœur, mon frère et Jérémie pour leur affection et motivation qu'ils m'ont apporté depuis toujours.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Argumentaire.....	9
Introduction	10
1. Présentation du siège	10
1.1. Définition	10
1.2. Modalités de la prise en charge du siège.....	11
1.2.1 Diagnostic.....	11
1.2.2 La VME	11
1.2.3 Les contre-indications à l'accouchement voie basse de la présentation du siège	12
2. Choix du mode d'accouchement.....	12
2.1. Orientation des professionnels de santé (gynécologues obstétriciens et sages-femmes).....	12
2.2. Information délivrée aux patients.....	13
2.3. L'HME	13
2.3.1 La consultation siège	13
2.3.2 La situation de non expérience	14
Deuxième partie : Méthodologie	15
1. Type d'étude	16
2. Population.....	16
3. Recueil des données	16
4. Les variables.....	16
5. Exploitation des données	17
Troisième partie : Résultats	18
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION S'ETANT RENDUE A LA CONSULTATION SIEGE.....	19
1.1. Population	19
1.2. Age.....	19
1.3. Catégorie socioprofessionnelle selon l'INSEE	19
1.4. Parité.....	19
1.5. Présentation du fœtus à la consultation siège	19
1.6. VME et Version spontanée	20
1.7. Type d'accouchements.....	20
2. POPULATION AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE	21
2.1. Explications données à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre.....	21
2.2. Informations sur la VME et sur l'accouchement voie basse de la présentation du siège avant la consultation siège.....	22
2.3. Perception de la VME et de l'accouchement voie basse de la présentation du siège avant la consultation siège	23
3. LES PATIENTES DONT LE FŒTUS SE TROUVAIT EN PRESENTATION SIEGE A LA CONSULTATION.....	23
3.1. Effet de la consultation siège.....	24
3.2. Informations données à la consultation siège	25
3.3. Effet des explications données à la consultation siège	26



3.4. La perception par la patiente de l'attitude du médecin pendant la consultation siège	27
3.5. L'adhésion aux prises en charge proposées à la patiente lors de la consultation ...	27
3.6. L'utilité de la consultation siège	28
3.7. L'influence de la parité.....	28
4. LES FEMMES DEFAVORABLES A LA VME ET/OU A L'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE.....	29
4.1. Influence de la parité	29
4.2. L'influence des informations données lors de la consultation siège	30
4.3. L'influence de l'attitude du médecin lors de la consultation.....	31
5. LA SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA PRESENTATION DU SIEGE A LA CONSULTATION SIEGE (ANNEXE 2)	31
5.1. Concernant la VME	31
5.2. Concernant l'accouchement par la voie basse de la présentation du siège	32
5.3. En général.....	32
Quatrième partie : Analyse et Discussion	33
1. Les points forts et faibles de l'étude	34
1.1. Les points forts	34
1.1.1 L'adhésion des patientes	34
1.1.2 Une nouvelle vision du sujet.....	34
1.2. Les points faibles.....	34
1.2.1 La difficulté d'accès à la population et la distribution des questionnaires	34
1.2.2 Le manque de puissance	34
1.2.3 Le biais de mémorisation et le biais de suivi	35
2. L'influence de la parité	35
3. L'influence des informations reçues avant la consultation	35
3.1. Les informations données à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre.....	35
3.2. Les autres informations reçues avant la consultation.....	36
4. L'influence de la consultation	36
4.1. Les informations reçues à la consultation	36
4.2. L'attitude et l'engagement du professionnel.....	37
4.3. Les limites de la consultation siège : la théorie de la motivation intrinsèque et extrinsèque.....	38
4.4. En général.....	39
5. Propositions d'actions	40
Conclusion	42
Références bibliographiques	43
Annexes	45



Table des illustrations

Figure 1 : Présentation du fœtus à la consultation siège	19
Figure 2 : La VME	20
Figure 3 : Les types d'accouchement chez les patientes qui se sont rendus à la consultation siège	20
Figure 4 : Informations reçues par les patientes ayant leur fœtus en siège lors de l'échographie du 3 ^{ème} trimestre	21
Figure 5 : Informations reçues à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre chez les patientes ayant leur fœtus en siège.....	22
Figure 6 : Les informations données à la consultation siège.....	25
Figure 7 : attitude du médecin lors de la consultation siège.....	27
Figure 8 : Utilité de la consultation jugée par les patientes	28
Figure 9 : L'adhésion à la VME et/ou à l'accouchement par la voie basse du siège en fonction de la parité	28



Table des tableaux

Tableau 1 : Perception de la VME avant la consultation siège.....	23
Tableau 2 : Perception de l'accouchement voie basse du siège.....	23
Tableau 3 : Avis sur la VME et l'accouchement voie basse du siège chez ces patientes se rendant à la consultation	24
Tableau 4 : Effet de la consultation par rapport à la VME	24
Tableau 5: Effet de la consultation par rapport à l'accouchement voie basse du siège.....	25
Tableau 6 : Effet des explications données sur la VME	26
Tableau 7 : Effet des explications données sur l'accouchement voie basse du siège	26
Tableau 8 : Types d'adhésion des patientes.....	27



Première partie : Argumentaire



Introduction

Il y a 4% des mises en travail, tous termes confondus, qui se font alors que le fœtus est en siège. A terme ce sont 2,7% des présentations qui sont en siège. [1]

L'accouchement d'un siège par les voies naturelles est possible mais de nombreuses complications peuvent survenir si les conditions ne sont pas strictement idéales. En effet plusieurs critères materno-fœtaux sont requis. Par la particularité de cette présentation et l'expérience obstétricale qu'elle oblige, la prise en charge de l'accouchement du siège diverge selon les praticiens et les établissements de santé.

Ainsi à Limoges, depuis des dizaines d'années, la politique de prise en charge du siège correspondait à une césarienne programmée en systématique. De nouvelles recommandations françaises et internationales [2] ainsi qu'un désir d'amélioration de la prise en charge des patientes, ont entraîné à l'HME (hôpital Mère-Enfant) la mise en place d'une consultation siège depuis septembre 2015 après l'échographie du 3^{ème} trimestre.

Cette consultation a pour but d'expliquer aux patientes la VME (version par manœuvres externes) et si celle-ci n'est pas acceptée ou est un échec, d'envisager l'accouchement par la voie basse de la présentation du siège.

Les patientes ont un choix important à faire, sachant qu'elles souhaitent préserver la santé de leur enfant à naître et la leur. Jusqu'à ce jour aucune étude n'a analysé le point de vue de ces femmes à l'HME.

1. Présentation du siège

1.1. Définition

D'après la HAS (Haute Autorité de Santé) : « Elle est définie par la présence, en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par le sacrum dans le mode décomplété et par les pieds dans le mode complet. » [2]

Le siège complet dit « assis, en tailleur » est rare, il représente environ 20% des sièges. Alors que le siège décomplété dit « mode des fesses » où le fœtus rassemble ses deux jambes en extension devant lui (en attelle) avec ses cuisses hyper fléchies sur le bassin, représente environ 80% des sièges. Très rarement, les deux jambes ne sont pas dans la même position, on parle alors de siège incomplet ou semi-décomplété. La présentation du siège est la plus fréquente après la présentation du sommet. Elle reste eutocique en théorie (surtout le siège décomplété) car les différents diamètres fœtaux sont compatibles avec la filière pelvигénitale. [3] [4]

1.2. Modalités de la prise en charge du siège

1.2.1 Diagnostic

Le diagnostic de la présentation du siège doit être fait au cours des consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois ou avant en cas de menace d'accouchement prématuré. A partir de ce moment, au-delà de la surveillance de la grossesse, le but est la prévision de l'accouchement. [4] [5]

On évalue le pronostic d'accouchement : présentation et volume fœtal avec le palper, la hauteur utérine, l'échographie du 3^{ème} trimestre (32-34 SA) et l'examen du col et du bassin. Si le fœtus était en siège à l'échographie du 3^{ème} trimestre, il faut en refaire une à 36 SA. S'il l'est toujours, il sera proposé à la patiente une VME (version par manœuvres externes).

1.2.2 La VME

Selon les recommandations du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), la VME doit être encouragée lors du diagnostic de présentation du siège avant le travail vers 36 SA. [6]

Son taux de succès, est de l'ordre de 40% à 60% selon la parité. [2]

Réalisée par l'obstétricien par des manœuvres sur l'abdomen de la patiente, elle consiste à retourner l'enfant pour qu'il se retrouve en présentation céphalique lors de l'accouchement.

Si c'est un succès, le pronostic d'accouchement est celui d'une présentation céphalique.

Si c'est un échec, on analysera alors les chances de succès d'un accouchement naturel ou la nécessité éventuelle de programmer une césarienne. Il faudra être vigilant car des cas de versions spontanées sont possibles. On recontrôle la présentation 48 h après la VME.

Il existe plusieurs contre-indications à la réalisation de la VME : utérus cicatriciel, grossesse multiple, placenta praevia, RCIU, malformations utérines, anomalies du rythme cardiaque fœtal, sérologie HIV + avec charge virale détectable, allo immunisation érythrocytaire, sérologie HCV + avec une PCR +, contre-indication à la voie basse et rupture prématurée des membranes...



1.2.3 Les contre-indications à l'accouchement voie basse de la présentation du siège

Les contre-indications à l'accouchement par la voie basse peuvent être : [4] [5]

- Maternelles : bassin anormal, refus de la patiente, malformations utérines connues, utérus cicatriciel, obésité maternelle, brièveté congénitale du périnée, lésions périnéales, contre-indications aux efforts expulsifs...
- Foetales : déflexion de la tête foetale par rapport au tronc, hypotrophie foetale, EPF (estimation du poids foetal) inférieur à 2500 g et RCIU (retard de croissance in utero), disproportion foetopelvienne (BIP > 98-100 mm et EPF > 3,7 kg [6])...
- Ovulaires : RSM (rupture spontanée des membranes) > 12h, grossesse gémellaire avec J1 en siège, insertion anormale du placenta...
- le déclenchement artificiel du travail d'un fœtus en présentation siège n'est pas une contre-indication absolue si les conditions materno-foetales sont satisfaisantes. [7]
- l'incapacité de réunir l'équipe obstétricale au complet (obstétricien, sage-femme, anesthésiste, pédiatre) pour le travail et la naissance est une contre-indication.

En général pour accepter la voie basse, le contexte obstétrical doit être eutocique. Ainsi, toute présentation du siège associée à un autre facteur de risque est contre-indiquée et conduit de préférence à la césarienne.

2. Choix du mode d'accouchement

2.1. Orientation des professionnels de santé (gynécologues obstétriciens et sages-femmes)

Selon la HAS :

« La présentation du siège n'est pas en elle-même une indication à la césarienne programmée (grade B). »

« L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse doit être réalisée avant toute décision de césarienne programmée (grade C). » [2]

« En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, il est recommandé de proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) en accord avec les recommandations nationales et internationales traitant de la prise en charge d'une présentation par le siège et dans le respect des modalités de pratique édictées dans celles-ci (grade C). » [2]

Malgré les recommandations, on remarque que la césarienne est programmée dans 50% à 70% des cas et donc la voie basse dans 30% à 50% des cas. Cependant, en finalité, le taux d'accouchement par voie basse est d'environ 22% à 30%. » [2]

Quelles que soient les recommandations actuelles, les différentes équipes obstétricales influencées par certaines études¹ n'envisagent pas la même prise en charge d'un siège. De manière homogène, les praticiens recommandent fortement la VME. Grâce à elle, ils évitent la réalisation d'accouchement de siège par la voie basse ou la réalisation de césarienne.

2.2. Information délivrée aux patients

La loi du 4 mars 2002 reconnaît un droit général pour tous d'être informé sur son état de santé et les différentes décisions la concernant en fonction de ce que le professionnel de santé estime être dans l'intérêt du patient. [9]

Le devoir du professionnel est d'informer la patiente, de lui expliquer les bénéfices, les risques, les alternatives et le déroulement de la VME, de l'accouchement du siège par la voie basse et aussi de la césarienne. La parole est le mode d'information privilégié. L'information a lieu sous forme d'entretien individuel ou accompagné d'une personne de confiance. Elle comporte également un temps d'écoute et de conseils. Il faudra prendre en compte la patiente dans toutes ses dimensions sociales, culturelles (croyances ethniques ou religieuses) et psychologiques. Il est important d'évaluer le degré d'anxiété face à la présentation du siège.

Il faut s'assurer d'une bonne compréhension de la patiente, l'inviter à s'exprimer et à poser toutes les questions qu'elle souhaite, voire à programmer un autre entretien. Elle doit savoir qu'elle a le choix d'accepter ou de refuser les actes qui lui sont proposés.

Une fiche d'information peut être délivrée à la fin de l'entretien, un modèle sur la VME a été réalisé en 1999 et révisé en 2009 par le CNGOF. [9]

2.3. L'HME

2.3.1 La consultation siège

La consultation siège a été mise en place en septembre 2015. Elle est réalisée par les différents gynécologues obstétriciens de l'établissement.

¹ L'essai randomisé multicentrique, Term Breech Trial de HANNAH, publié en 2000 et l'étude PREMODA publiée en 2006. [8]



La consultation commence par une échographie qui vérifie : la présentation, les différentes mensurations du fœtus, le doppler ombilical, l'indice de liquide amniotique, l'insertion placentaire ainsi que la flexion de la tête. De plus, l'estimation du poids fœtal doit être entre 2500 g et 3700 g pour accepter l'accouchement par la voie basse. Dans le cas où la présentation est céphalique (grâce à une version spontanée du fœtus) la consultation siège n'a plus d'intérêt.

Si toutes les conditions sont réunies pour la réalisation d'une VME et d'un accouchement du siège par la voie basse, le médecin se renseigne sur les connaissances de la patiente.

Il est expliqué les bénéfices et les risques de la VME, de l'accouchement par la voie basse ainsi que de la césarienne. Cette consultation a un rôle d'information et permet aux patientes, seules ou accompagnées, de confier ainsi leurs désirs et leurs craintes.

Dans le cas particulier de la présentation transverse, la patiente sera revue ultérieurement pour reconstruire la présentation et adapter la prise en charge.

2.3.2 La situation de non expérience

L'HME étant le pôle de référence en Limousin, il possède une influence sur les pratiques des autres établissements de la région. C'est également un lieu de formation (internes, élèves sages-femmes...) qui influence les pratiques de futurs professionnels par l'exercice ou non de différents actes.

Avant la mise en place de cette consultation, l'absence de pratique de l'accouchement par la voie basse en cas de siège, avait entraîné une absence d'expertise des équipes face à cette situation particulière.

Depuis septembre 2015, la consultation siège de l'HME propose d'expliquer et d'argumenter les différentes prises en charge de manière objective et éclairée en rassurant et confortant les patientes dans leur choix.

A partir de ce constat, il paraît intéressant de s'interroger sur l'influence de cette consultation sur la prise de décision des femmes pour lesquelles l'accouchement par la voie basse du siège à terme est possible. Pour y répondre, des objectifs ont été définis :

- Evaluer l'influence de la consultation sur la prise de décision du choix de la VME et/ou de l'accouchement par la voie basse du siège.
- Mettre en évidence la perception des femmes vis-à-vis des informations délivrées et de l'engagement du professionnel dans la démarche de la VME et de l'accouchement par la voie basse du siège et son influence sur sa décision.

Deuxième partie : Méthodologie



1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, quantitative, unicentrique et exhaustive par questionnaires (Annexe 1) auprès de patientes hospitalisées en suites de couches à l'Hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges, qui ont réalisé la consultation siège dans ce même établissement.

2. Population

La population est constituée de 100 femmes qui ont assisté à la consultation siège à 34 SA à l'HME. Dans cette étude, 64 patientes ont eu la possibilité d'accoucher à terme par la voie basse d'une présentation du siège. Quant aux 36 autres patientes, la présentation fœtale est devenue céphalique entre l'échographie du 3^{ème} trimestre et cette dernière consultation.

Les grossesses pathologiques ont été exclues de même que les accouchements prématurés et les patientes ayant leur fœtus en présentation transverse lors de la consultation siège. Les femmes avec lesquelles il existait une barrière de la langue, les mineures ou encore les patientes sous tutelle ou curatelle ont été également exclues de l'étude.

3. Recueil des données

Afin de ne pas perturber les patientes dans leur choix, le questionnaire a été distribué après leur accouchement, à la maternité.

En parallèle, il a été effectué un relevé des éléments du dossier médical de la patiente à l'aide du logiciel informatique de l'HME, *Filemaker*®.

4. Les variables

Dans un premier temps, pour permettre de présenter la population, quelques renseignements ont été demandés à la patiente dans le questionnaire : son âge, sa profession, sa parité, si la VME a été réalisée et le type d'accouchement.



Le questionnaire a permis de dégager plusieurs éléments pour répondre au mieux à l'étude :

- Dans un premier temps, la perception qu'ont les patientes de la VME et de l'accouchement par les voies naturelles de la présentation siège avant et après la consultation siège (favorable, sans avis, défavorable, autres). Dans un second temps, le ressenti de la consultation par les patientes (convaincant, sans effet, non convaincant).
- La perception du professionnel par les patientes (convaincu par le bien fondé de la démarche, confortant dans le choix initial de la patiente, hésitant, non convaincu voire opposé à la démarche). Il est important de souligner l'influence du professionnel sur l'adhésion ou non à la démarche.

5. Exploitation des données

On a comparé 2 groupes de patientes qui se sont présentées à la consultation siège ; celles avec une présentation céphalique et celles avec une présentation podalique.

Les données collectées ont été consignées dans un tableur du logiciel Excel® et les statistiques réalisées grâce au logiciel Statview® 5.0 (SAS Institute, Cary, USA).

L'analyse des variables qualitatives a été réalisée à l'aide d'effectifs, fréquences et pourcentages. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est $p < 0,05$. La distribution de variables quantitatives a été comparée par des tests du Chi-2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des conditions d'application des tests.



Troisième partie : Résultats



1. DESCRIPTION DE LA POPULATION S'ETANT RENDUE A LA CONSULTATION SIEGE

1.1. Population

Sur la période de l'étude, 103 patientes ont eu une consultation siège programmée. Seules 3 patientes ne se sont pas présentées.

1.2. Age

La moyenne d'âge des patientes est de 31 ans, avec un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 43 ans.

1.3. Catégorie socioprofessionnelle selon l'INSEE

La majorité des patientes sont des employées (30%) ou sans profession (29%). Les professions intermédiaires représentent 11% avec 7% des patientes qui travaillent dans le milieu de la santé.

1.4. Parité

L'étude concerne 40 primipares et 60 multipares.

1.5. Présentation du fœtus à la consultation siège

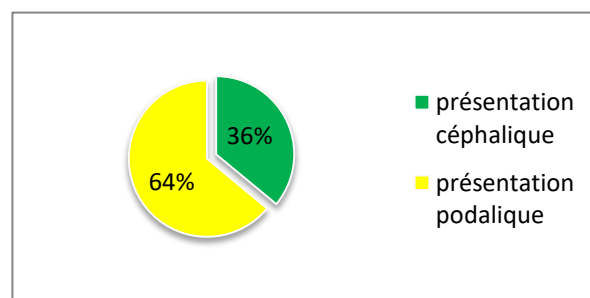


Figure 1 : Présentation du fœtus à la consultation siège

On retrouve au cours de la consultation siège, 36 cas de présentation céphalique (soit 36%) et 64 cas de présentation podalique (soit 64%).



1.6. VME et Version spontanée

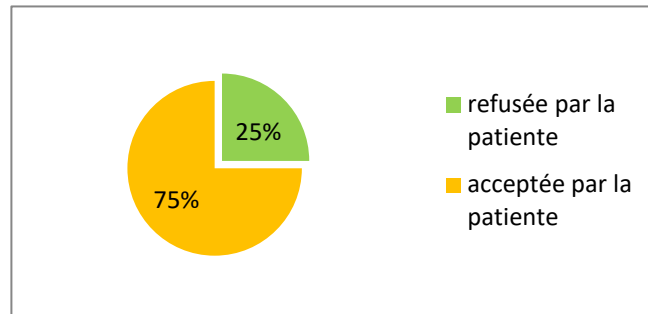


Figure 2 : La VME

La pratique de la VME a été acceptée dans 75% des cas (48 patientes) et refusée dans 25% des cas (16 patientes).

Pour toutes les tentatives de VME : 23% (soit 11 cas) ont été un succès contre 77% (soit 37 cas) qui ont été un échec.

Il y a eu 8 versions spontanées entre la consultation siège et le jour de la pratique de la VME ou celui de l'accouchement. Dans 3 cas, la version spontanée a fait suite à la pratique de la VME qui avait été un échec. Dans les 5 autres cas, la VME avait été refusée par les patientes.

Conclusion, à l'accouchement, on retrouve 45 présentations podaliques.

1.7. Type d'accouchements

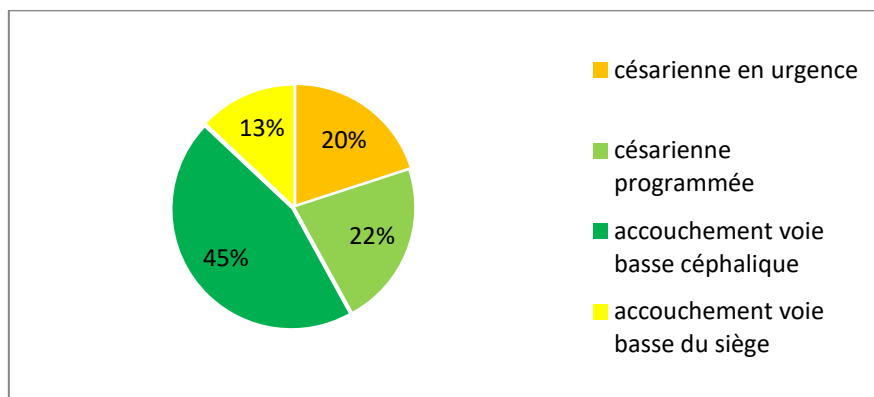


Figure 3 : Les types d'accouchement chez les patientes qui se sont rendus à la consultation siège

Parmi les 100 femmes, 22 ont eu une césarienne programmée pour siège, 45 ont accouché voie basse d'une présentation céphalique, 13 ont accouché par la voie basse d'un siège et 20 ont eu une césarienne en urgence (dont 10 en présentation du siège et 10 en présentation céphalique).

Parmi les présentations podaliques à l'accouchement (soit 45 cas), il y a eu :

- 32 césariennes (71 %) dont :
 - o 22 programmées (49 %)
 - o 10 en urgence (22 %)
- 13 accouchements par la voie basse (29 %)

2. POPULATION AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE

Concernant les 100 patientes de l'étude, 55 questionnaires ont pu leur être distribués et ont été rendus et interprétés. On compte en plus, 5 questionnaires qui n'étaient pas correctement remplis et 13 qui concernaient des patientes qui ne parlaient pas français. 27 questionnaires n'ont pas pu être distribués ou ont été perdus.

2.1. Explications données à l'échographie du 3^{ème} trimestre

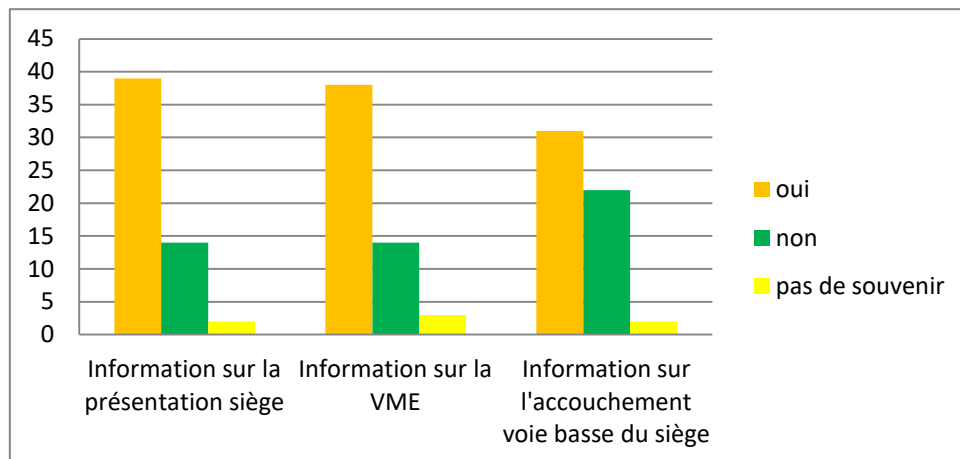


Figure 4 : Informations reçues par les patientes ayant leur fœtus en siège lors de l'échographie du 3^{ème} trimestre

A l'échographie du 3^{ème} trimestre, 71% des patientes disent avoir reçu une information du praticien concernant la présentation du siège et ses différentes prises en charge. 25% des patientes disent ne pas avoir reçu cette information et 4% ne s'en souviennent plus.

Par rapport à la VME : 69% ont reçu une information, 25% non et 6% ne s'en souviennent plus. Parmi celles qui l'ont reçue, l'information était donnée de manière favorable dans 58% des cas, neutre dans 39% et défavorable dans 3% des cas.

Par rapport à l'accouchement par la voie basse du siège : 56% ont reçu une information, 40% non et 4% ne s'en souviennent plus. Parmi celles qui l'ont reçue, l'information était donnée de manière favorable dans 52% des cas, neutre dans 45% et défavorable dans 3% des cas.

Les informations reçues sur la VME ne sont pas données plus souvent que celles sur l'accouchement par la voie basse du siège ($p=0,1675$).

Par contre, l'information reçue est perçue de façon significativement plus favorable pour la VME que pour l'accouchement par la voie basse du siège ($p<0,05$).

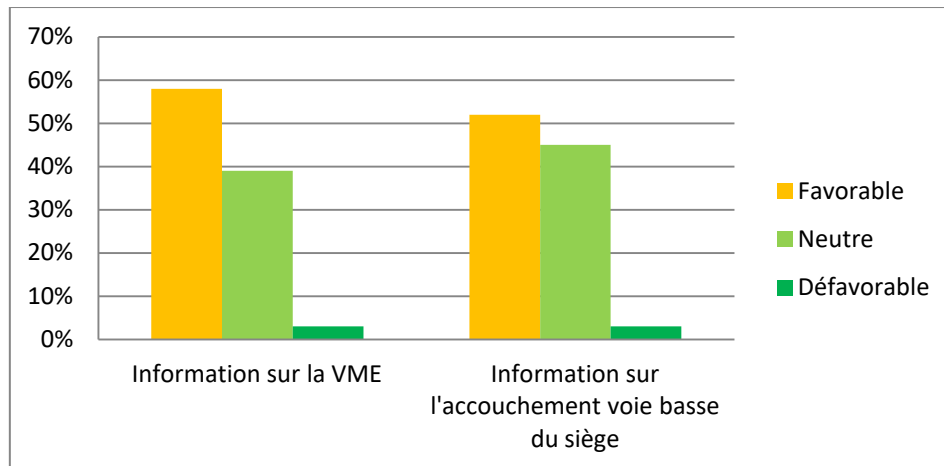


Figure 5 : Informations reçues à l'échographie du 3^{ème} trimestre chez les patientes ayant leur fœtus en siège

2.2. Informations sur la VME et sur l'accouchement voie basse de la présentation du siège avant la consultation siège

Avant d'aller à la consultation siège, 74% des patientes avaient des informations sur la VME et 26% n'en avaient pas.

Pour celles qui en avaient, ces informations ont été obtenues pour :

- 63% par un professionnel de santé
- 51% par l'entourage (famille, amis, conjoint...)
- 41% par les sites internet
- 15% par des forums
- 2% par d'autres moyens (livre de Friedman, vidéos canadiennes...)
- Jamais par l'expérience personnelle

Avant d'aller à la consultation siège, 76% des patientes avaient des informations sur l'accouchement par la voie basse du siège et 24% n'en avaient pas.

Pour celles qui en avaient, ces informations ont été obtenues pour :

- 56% par un professionnel de santé
- 49% par les sites internet
- 26% par l'entourage (famille, amis, conjoint...)
- 12% par des forums
- 7% par d'autres moyens (ostéopathe, livre de Friedman, livres de grossesse...)
- 2% par l'expérience personnelle



2.3. Perception de la VME et de l'accouchement voie basse de la présentation du siège avant la consultation siège

Avant consultation siège, perception de la VME	
Favorable	39%
Défavorable	29%
Sans avis	27%
Autres	5%
Total général	100%

Tableau 1 : Perception de la VME avant la consultation siège

Dans « autres », les patientes s'expriment : « peur pour le bébé », « pas mal de réticences », « inquiétudes » (annexe 2).

Avant consultation siège, perception de l'accouchement par la voie basse du siège	
Favorable	26%
Défavorable	47%
Sans avis	18%
Autres	9%
Total général	100%

Tableau 2 : Perception de l'accouchement voie basse du siège

Dans « autres », les patientes s'expriment : « anxieuse, peur d'avoir un bébé en souffrance », « dangereux pour nous deux », « inquiétude » (annexe 2.).

Il y a significativement plus de femmes défavorables à l'accouchement par la voie basse du siège qu'à la VME ($p=0,0497$).

3. LES PATIENTES DONT LE FŒTUS SE TROUVAIT EN PRESENTATION SIEGE A LA CONSULTATION

En tout, 34 patientes avaient leur fœtus en siège à la consultation siège et ont rempli le questionnaire entièrement. Parmi elles, 15 étaient primipares et 19 multipares.



Accouchement voie basse (AVB) / VME	Favorable à l'AVB	Sans avis concernant l'AVB	Défavorable à l'AVB	Autre concernant l'AVB	Totaux
Favorable à la VME	3	0	6	2	11
Sans avis concernant la VME	5	4	2	0	11
Défavorable à la VME	3	0	7	0	10
Autre concernant la VME	1	0	0	1	2
Totaux	12	4	15	3	34

Tableau 3 : Avis sur la VME et l'accouchement voie basse du siège chez ces patientes se rendant à la consultation

Avant de se rendre à la consultation :

- 11 patientes étaient favorables à la VME, 10 défavorables, 11 sans avis et 2 ont exprimé d'autres sentiments.
- 12 étaient favorables à l'accouchement voie basse, 15 défavorables, 4 sans avis et 3 ont exprimé d'autres sentiments.
- 3 seulement étaient favorables aux deux prises en charge et 7 défavorables aux deux.

3.1. Effet de la consultation siège

Effet de la consultation siège par rapport à la VME	
Convaincant	62% (21 cas)
Non convaincant	3% (1 cas)
Sans effet	35% (12 cas)
Total général	100% (34 cas)

Tableau 4 : Effet de la consultation par rapport à la VME

Pour les patientes qui ont mentionné que la consultation n'avait eu aucun effet : elles souhaitaient toujours une VME dans 7 cas (58%) et toujours pas dans 5 cas (42%).



Effet de la consultation siège par rapport à l'accouchement voie basse du siège	
Convaincant	38% (13 cas)
non convaincant	9% (3 cas)
sans effet	53% (18 cas)
Total général	100% (34 cas)

Tableau 5: Effet de la consultation par rapport à l'accouchement voie basse du siège

Pour les patientes qui ont indiqué que la consultation n'avait eu aucun effet : elles souhaitent dans 6 cas (33,33%) toujours accoucher par la voie basse du siège et dans 12 cas (66,67%) ne le voulaient pas.

La consultation siège est significativement plus convaincante pour la VME que pour l'accouchement par la voie basse du siège ($p=0,0500$).

3.2. Informations données à la consultation siège

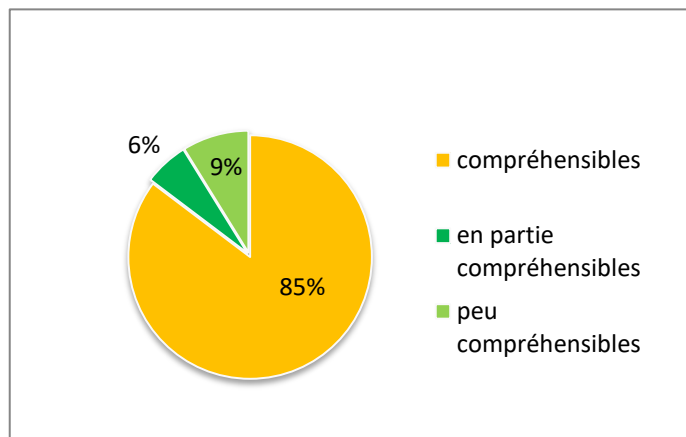


Figure 6 : Les informations données à la consultation siège

Les informations données à la consultation sont :

- majoritairement compréhensibles pour 29 patientes (85%)
- en partie compréhensibles pour 2 patientes (6%)
- peu compréhensibles pour 3 patientes (9%)

3.3. Effet des explications données à la consultation siège

Effet des explications de la VME	
Rassurante	32% (11 cas)
Un peu rassurante	32% (11 cas)
Sans effet	21% (7 cas)
Un peu inquiétante	12% (4 cas)
Inquiétante	3% (1 cas)
Total général	100% (34 cas)

Tableau 6 : Effet des explications données sur la VME

Les informations données sur la VME à la consultation étaient majoritairement rassurantes et un peu rassurantes.

Effet des explications de l'accouchement voie basse du siège	
Rassurante	28% (10 cas)
Un peu rassurante	27% (9 cas)
sans effet	18% (6 cas)
un peu inquiétante	21% (7 cas)
Inquiétante	6% (2 cas)
Total général	100% (34 cas)

Tableau 7 : Effet des explications données sur l'accouchement voie basse du siège

Les informations données sur l'accouchement par la voie basse du siège à la consultation étaient majoritairement rassurantes et un peu rassurantes. Les explications sur l'accouchement par la voie basse du siège étaient cependant plus inquiétantes et un peu plus inquiétantes que celles de la VME.

Il n'y a pas de différence significative de l'effet des explications sur les deux prises en charge ($p > 0,05$).



3.4. La perception par la patiente de l'attitude du médecin pendant la consultation siège

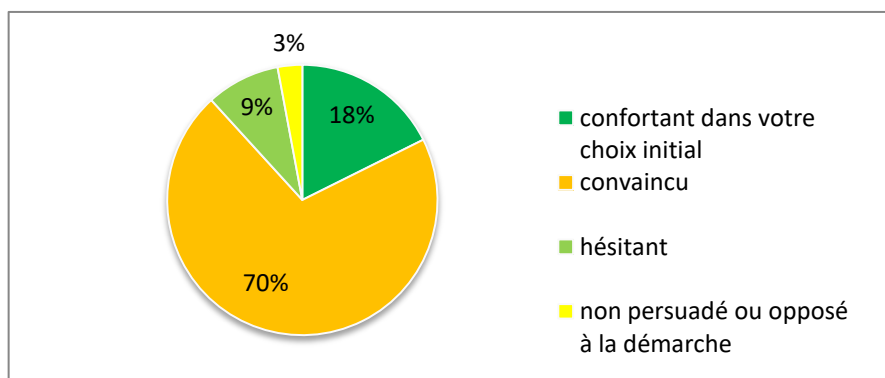


Figure 7 : attitude du médecin lors de la consultation siège

Le médecin a paru convaincu par le bien fondé de la démarche pour 24 patientes (70%), confortant dans le choix initial de la patiente pour 6 patientes (18%), hésitant pour 3 patientes (9%) et non persuadé ou opposé à la démarche pour 1 patiente (3%).

3.5. L'adhésion aux prises en charge proposées à la patiente lors de la consultation

Cela a provoqué chez la patiente :		
Une adhésion complète	47%	(16 cas)
Une adhésion partielle	41%	(14 cas)
Une non adhésion	12%	(4 cas)
Total général	100%	(34 cas)

Tableau 8 : Types d'adhésion des patientes

Concernant les adhésions partielles :

- 1 patiente (7,14%) a refusé la VME et accepté la possibilité d'accoucher par la voie basse du siège.
- 13 patientes (92,86%) ont accepté la VME et refusé la possibilité d'accoucher par la voie basse du siège

La majorité des patientes adhère plus à la réalisation de la VME qu'à la réalisation de l'accouchement par la voie basse du siège ($p < 0,0001$).

3.6. L'utilité de la consultation siège

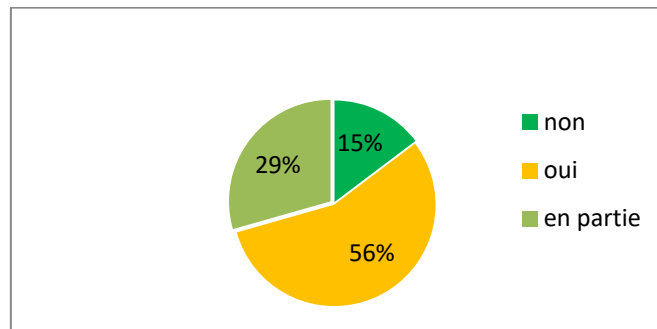


Figure 8 : Utilité de la consultation jugée par les patientes

La consultation a été jugée utile par 19 patientes (56%), en partie utile par 10 patientes (29%) et non utile par 5 patientes (15%).

- ➔ En majorité, les patientes ont trouvé que le médecin réalisant la consultation était convaincant à la fois pour la VME et pour l'accouchement par la voie basse du siège.
- ➔ Concernant la VME, la consultation a été jugée par les 34 patientes de : convaincante par 21 patientes, sans effet par 12 patientes et non convaincante par 1 patiente.
- ➔ Concernant l'accouchement par la voie basse, la consultation a alors été jugée par les 34 patientes de : convaincante par 13 patientes, sans effet par 18 patientes et non convaincante par 3 patientes.

3.7. L'influence de la parité

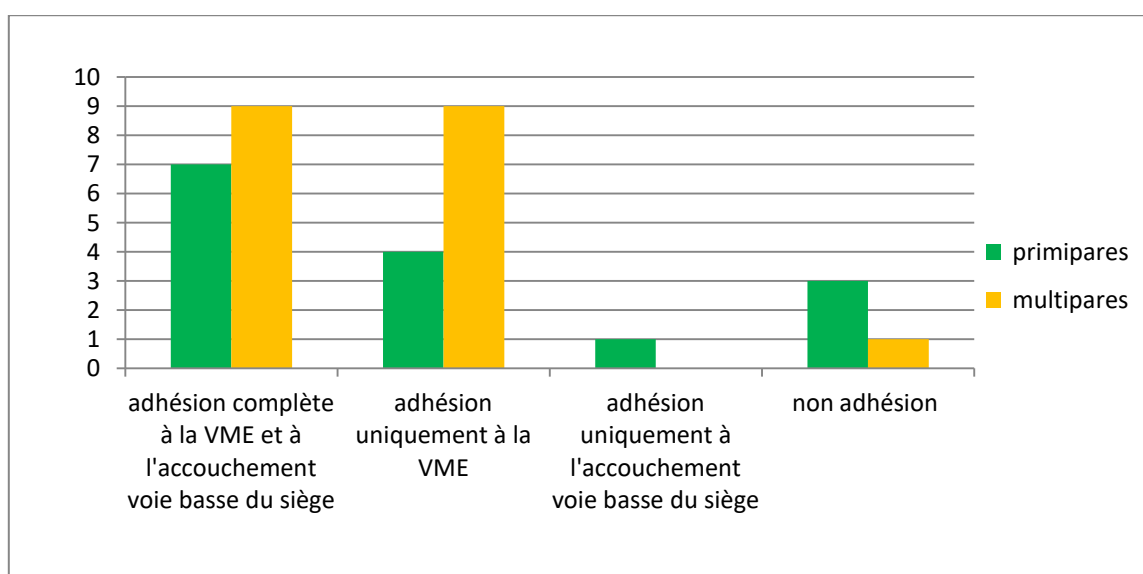


Figure 9 : L'adhésion à la VME et/ou à l'accouchement par la voie basse du siège en fonction de la parité

- Chez les 15 primipares, 7 ont adhéré complètement, 4 partiellement en acceptant la VME, 1 partiellement en acceptant l'accouchement par la voie basse et 3 n'ont pas adhéré aux prises en charge proposées.
- Chez les 19 multipares, 9 femmes ont adhéré complètement, 9 partiellement en acceptant toutes la VME et 1 n'a pas adhéré aux prises en charge proposées.

Il n'y a pas de différence significative entre les primipares et les multipares concernant :

- L'adhésion complète (oui VME et oui accouchement par la voie basse du siège) ($p=0,9999$)
- L'adhésion à l'accouchement par la voie basse du siège ($p=0,4729$)
- La non adhésion aux prises en charge ($p=0,1523$).

Par contre, il existe une tendance statistique à une plus grande adhésion à la VME par les multipares ($p=0,0783$).

4. LES FEMMES DEFAVORABLES A LA VME ET/OU A L'ACCOUCHEMENT VOIE BASSE

Parmi les 34 femmes dont le fœtus était en siège à la consultation (voir tableau 3 page 24) :

- 10 étaient défavorables à la VME dont 7 défavorables et 3 favorables à l'accouchement par la voie basse
- 15 étaient défavorables à l'accouchement par la voie basse dont 6 favorables et 7 défavorables à la VME et 2 sans avis

Sachant que 7 patientes sont défavorables à la fois à la VME et à l'accouchement par la voie basse, cette population est composée de 18 femmes dont 7 primipares et 11 multipares.

4.1. Influence de la parité

- Parmi les patientes qui étaient défavorables à la VME (5 multipares et 5 primipares) :
 - 4 multipares ont accepté la VME
 - 1 primipare a accepté la VME

Il n'y a pas de différence significative entre les primipares et les multipares ($p=0,2053$). Mais, la taille de l'échantillon ne permet pas de conclure.

- Parmi les patientes qui étaient défavorables à l'accouchement par la voie basse (10 multipares et 5 primipares) :
 - 1 multipare a adhéré à la proposition d'accouchement par la voie basse (si la VME était un échec)
 - Aucune primipare n'a adhéré à l'accouchement par la voie basse.
 - 8 multipares et 2 primipares ont adhéré partiellement à la consultation en acceptant la VME
 - 1 seule multipare et 3 primipares n'ont adhéré à aucune des prises en charge proposées à la consultation

Il n'y a pas de différence significative entre les primipares et les multipares. Mais, le faible échantillon ne permet pas de conclure.

4.2. L'influence des informations données lors de la consultation siège

Pour les 10 patientes défavorables à la VME avant la consultation, les informations données sur la VME ont été :

- Convaincantes pour 4 patientes dont 1 qui a adhéré totalement (VME et AVB siège) et les 3 autres qui ont adhéré partiellement (VME) à la prise en charge proposée
- Sans effet pour 5 patientes dont 1 qui a adhéré partiellement à la prise en charge proposée (VME) et 4 qui l'ont refusée (avec 1 patiente qui adhère uniquement à l'AVB siège)
- Non convaincantes pour 1 patiente qui a refusé la prise en charge proposée

Parmi ces 10 patientes, 5 d'entre elles ont adhéré à la réalisation d'une VME suite à la consultation.

Pour les 15 patientes défavorables à l'accouchement par la voie basse du siège avant la consultation, les informations données à ce sujet ont été :

- Convaincantes pour 2 patientes dont 1 qui a accepté totalement la prise en charge proposée (VME et AVB siège) et 1 partiellement (VME)
- Sans effet pour 11 patientes dont 8 qui ont adhéré partiellement à la prise en charge (VME) et 3 qui l'ont refusée
- Non convaincante pour 2 patientes, dont 1 qui a adhéré partiellement à la prise en charge (VME) et 1 qui l'a refusée

Parmi ces 15 patientes, 1 seule patiente a adhéré à l'accouchement par la voie basse du siège suite à la consultation.

4.3. L'influence de l'attitude du médecin lors de la consultation

Pour les 10 patientes défavorables à la VME avant la consultation, l'attitude du médecin a été considérée comme :

- Convaincante pour 8 patientes dont 1 qui a adhéré complètement à la prise en charge proposée (VME et AVB siège), 4 partiellement (3 VME, 1 AVB siège) et 3 qui l'ont refusée
- Hésitante pour 1 patiente qui a adhéré partiellement à la prise en charge proposée (VME)
- Opposée à la démarche par 1 patiente qui a refusé la prise en charge proposée

Les patientes défavorables à la VME ont trouvé majoritairement le médecin convaincant (8 patientes), ce qui a permis l'adhésion à la VME chez 4 d'entre elles.

Pour les 15 patientes défavorables à l'accouchement par la voie basse, l'attitude du médecin a été considérée comme :

- Convaincante pour 12 patientes dont 1 qui a adhéré complètement à la prise en charge proposée, 8 partiellement (VME) et 3 qui l'ont refusée
- Confortante dans son choix initial pour 1 patiente qui a adhéré partiellement à la prise en charge proposée (VME)
- Hésitante pour 1 patiente qui a adhéré partiellement à la prise en charge proposée (VME)
- Opposée à la démarche pour 1 patiente qui a refusé la prise en charge

Il semblerait que les patientes défavorables à l'accouchement par la voie basse du siège, ont trouvé le médecin majoritairement convaincant sans pour autant adhérer à l'accouchement par la voie basse du siège. En effet, chez les 12 patientes qui l'ont trouvé convaincant seulement 1 y adhère.

5. LA SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA PRESENTATION DU SIEGE A LA CONSULTATION SIEGE (ANNEXE 2)

5.1. Concernant la VME

Plusieurs patientes se sont senties obligées d'accepter en première intention la réalisation de la VME. Certaines décrivaient une crainte voire une peur pour le bien-être du fœtus avant la manipulation.

Les explications de la consultation siège ont permis la réalisation de la VME chez des patientes qui hésitaient auparavant. Elles sont en général satisfaites de leur choix quelque soit le résultat.

5.2. Concernant l'accouchement par la voie basse de la présentation du siège

La majorité des patientes ont relaté que les informations étaient données de manière objective. Ceci leur a permis de comprendre la prise en charge de la présentation du siège et de son accouchement qui était souvent considéré comme « dangereux ». Beaucoup disent que cette présentation à l'accouchement représentait une crainte supplémentaire par rapport à un accouchement d'une présentation céphalique.

Durant la période estivale, 2 patientes racontent avoir rencontré pendant le travail, des médecins de garde non compétents dans ce type d'accouchement et ont subi une césarienne en urgence pendant le travail. Une autre patiente a eu une césarienne programmée du jour au lendemain car lors de sa venue à sa consultation terme, les médecins de garde présents dans l'hôpital dans la semaine qui suivait, ne réalisaient pas l'accouchement par la voie basse du siège.

Parmi toutes les patientes de l'étude, la consultation a permis chez 23 femmes, de respecter leur choix d'avoir la possibilité d'accoucher par la voie basse du siège. Malgré cela, une césarienne en urgence sera imposée chez 10 d'entre elles.

5.3. En général

Les patientes décrivent avoir pu, dès le début, mentionner leur souhait initial pour l'accouchement. Les informations données ont permis à certaines de les conforter dans leur choix initial et à d'autres d'essayer des pratiques qu'elles ne connaissaient pas ou qu'elles appréhendaient. Elles décrivent un accès à un ensemble d'informations claires et des réponses à leurs questions qui les ont aidées à prendre leur décision. Plusieurs rapportent l'influence liée à leur rapport personnel avec leur corps.

Qu'importe le choix de la VME et/ou de l'accouchement par la voie basse du siège, les patientes rapportent avoir été bien informées des risques et indications à une éventuelle césarienne programmée ou en urgence au cours de la grossesse et du travail. Les patientes ont trouvé utile la consultation siège et sa prise en charge pour éviter le recours à la césarienne et avoir un accouchement « peu intrusif ». Une seule patiente sur les 34 qui ont rendu le questionnaire et avait son fœtus en siège à la consultation siège, a précisé avoir eu recours à l'ostéopathie et l'acupuncture pour effectuer une version.



Quatrième partie : Analyse et Discussion



1. Les points forts et faibles de l'étude

1.1. Les points forts

1.1.1 L'adhésion des patientes

Sur la période de l'étude, seulement 3 patientes ne se sont pas rendues à la consultation siège.

Au cours de la distribution des questionnaires à la maternité, les patientes paraissaient intéressées par l'étude et étaient satisfaites de pouvoir partager leur expérience personnelle.

1.1.2 Une nouvelle vision du sujet

Avec la mise en place récente de la consultation siège en septembre 2015, aucune étude n'a été réalisée sur l'influence de la consultation siège sur la prise de décision des patientes à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant.

1.2. Les points faibles

1.2.1 La difficulté d'accès à la population et la distribution des questionnaires

La première difficulté rencontrée concerne la population qui constituait déjà un faible échantillon. Le taux de patientes concernées par la consultation siège pendant l'étude était d'environ 11 patientes par mois. Parmi ces patientes, seules 55 ont rempli et rendu le questionnaire. On compte alors au sein des questionnaires, seulement 34 patientes qui avaient leur fœtus en siège à la consultation.

De plus, la distribution et la récupération des questionnaires étaient parfois difficiles en raison de la charge de travail du personnel de la maternité et des stages extérieurs. Ceci peut expliquer l'absence de distribution et la perte de 27 questionnaires.

1.2.2 Le manque de puissance

Les effectifs pour certaines variables sont assez faibles. Cela a induit un manque de puissance. Il est donc parfois difficile de conclure.



1.2.3 Le biais de mémorisation et le biais de suivi

Les questionnaires étaient distribués et remplis par les patientes dans le service de suites de couches c'est-à-dire environ 1 mois après la consultation siège ce qui pouvait provoquer un biais de mémorisation.

La conduite à tenir finale pour l'accouchement et l'accouchement lui-même constitue un biais pour l'étude en fonction :

- du succès ou de l'échec de la VME,
- de la réalisation ou non de l'accouchement par la voie basse du siège
- du respect du désir du type d'accouchement de la patiente.

2. L'influence de la parité

Les statistiques liées à l'influence de la parité parmi les patientes ayant rendu leur questionnaire ne sont pas significatives en raison d'un trop faible échantillon. On ne peut alors que faire des suppositions.

Après la consultation, il semblerait que les multipares soient plus nombreuses que les primipares à adhérer complètement ou en partie aux prises en charge proposées lors de la consultation.

Il existe une adhésion plus importante à la VME qu'à l'accouchement par la voie basse du siège chez toutes les patientes ($p=0,0001$). Il semblerait que cela soit aussi le cas chez celles qui étaient défavorables avant la consultation aux prises en charge proposées. On retrouve une tendance de la part des multipares qui adhèrent plus à la VME que les primipares.

Les primipares semblent moins disposées aux prises en charge car il s'installe peut-être un climat d'anxiété et de peur légitime face à l'inconnu. Cela peut se traduire par un manque de connaissances et des interrogations nombreuses que la grossesse et l'accouchement engendrent naturellement. Cependant pour les multipares, la projection de la grossesse pose des questions différentes. Elles sont peut-être rassurées par le déroulement des précédentes grossesses et accouchements, et ont une oreille plus attentive et plus disponible aux conseils prodigués par les professionnels de santé.

3. L'influence des informations reçues avant la consultation

3.1. Les informations données à l'échographie du 3^{ème} trimestre

Les informations sont données en majorité aux patientes que cela soit sur l'explication de la présentation (71%), de la VME (69%) et de l'accouchement par la voie basse du siège (56%).



Cependant, on remarque que les explications de l'accouchement par la voie basse du siège sont moins abordées. Et lorsqu'elles le sont, elles sont perçues de manière moins favorable et plus neutre que celles de la VME ($p < 0,05$).

L'attitude que renvoie le professionnel aux patientes, laisse à penser qu'il semble moins à l'aise à expliquer et à mettre en avant l'accouchement par la voie basse du siège. Cela semble légitime puisque la mise en place de la réalisation de ce type d'accouchements est encore récente et est loin d'être systématique chez toutes les patientes éligibles.

3.2. Les autres informations reçues avant la consultation

Avant de se rendre à la consultation, les patientes ont autant d'informations sur la VME (74%) que sur l'accouchement par la voie basse du siège (76%).

La majorité de ces informations ont été obtenues significativement par un professionnel de santé puis par l'entourage et les sites internet. Les forums et les autres moyens de même que l'expérience personnelle sont beaucoup plus rares.

Avant la consultation, malgré une information délivrée lors de l'échographie du 3^{ème} trimestre par le praticien et des explications données par d'autres professionnels de santé, les patientes sont très partagées dans le choix de la suite de la grossesse et du type d'accouchement en raison de la peur que cette présentation suscite et de la douleur potentielle lors des différentes prises en charge.

De plus, l'accouchement par la voie basse du siège provoque plus de crainte que la VME chez les patientes mais sans doute aussi chez les professionnels de santé en dehors de l'HME. Les pratiques n'étant pas encore ancrées et cette présentation étant rare, il est possible qu'il y ait plus de réticences à donner des informations à ce sujet.

En effet, certains professionnels gardent en mémoire l'essai randomisé multicentrique, Term Breech Trial de HANNAH, publié en 2000 [10], qui préconisait les césariennes dans tous les cas de siège. Cette étude jugeait alors un risque néonatal trop important dans la tentative voie basse. Par la suite, plusieurs études comme l'étude PREMODA publiée en 2006 [11], tentèrent sans la contredire, d'amoindrir son impact en trouvant des résultats moins disproportionnés.

Les patientes se retrouvent alors la veille de la consultation siège avec plusieurs avis, plusieurs a priori et incertitudes auxquels le praticien va devoir se confronter, de manière objective, afin de pouvoir éclairer et guider la patiente.

4. L'influence de la consultation

4.1. Les informations reçues à la consultation

Selon la HAS : « L'information est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne. A ce titre, elle s'inscrit dans le dialogue. » [12]



Il est important de rappeler que le droit à l'information doit être identique quelles que soient les circonstances, le type de soins (préventif, diagnostique, thérapeutique), le professionnel de santé qui délivre l'information, son mode et son lieu d'exercice. La consultation a un rôle d'information et permet aux patientes, seules ou accompagnées, de confier aussi leurs désirs et leurs craintes. Les préjugés des patientes doivent être exprimés pour les aider de manière la plus neutre possible à faire leur choix.

Les professionnels ont un discours adapté et présentent de manière simple et compréhensible les différentes prises en charge. En effet, l'étude a démontré que les informations données à la consultation sont majoritairement compréhensibles dans 85% des cas et en partie compréhensibles dans 9% des cas.

Les informations données sur la VME et l'accouchement par la voie basse du siège à la consultation étaient majoritairement rassurantes et un peu rassurantes. Cependant, les explications sur l'accouchement par la voie basse du siège étaient plus inquiétantes et un peu plus inquiétantes que celles de la VME.

On peut alors envisager 2 possibilités :

- La première serait que malgré les objectifs de la consultation siège, certains professionnels semblent moins disposés à la réalisation de l'accouchement par la voie basse du siège. Ils feraient ainsi percevoir par le verbal et le non verbal leurs possibles réticences.
- La deuxième serait que les patientes, étant moins à l'aise avec ce type d'accouchement, perçoivent plus l'aspect négatif et risqué de l'accouchement par la voie basse du siège.

De plus, il semblerait que les explications données sur la VME satisfassent les patientes qui y étaient défavorables car la moitié a changé d'avis et a accepté sa réalisation. Cependant parmi les patientes défavorables à l'accouchement par la voie basse du siège, les explications données à ce sujet ne semblent pas avoir convaincu les patientes car on note une seule adhésion.

4.2. L'attitude et l'engagement du professionnel

Dans ce type de consultation, il est important d'analyser l'attitude et l'engagement du professionnel pour montrer l'influence qu'il peut apporter dans le choix final du patient. Le verbal et le non verbal aident la patiente à faire confiance ou non au professionnel et à ses prises en charge.

En majorité, les patientes ont trouvé que le médecin qui réalisait la consultation était convaincant. Il a permis de corriger certaines idées reçues et d'éclairer le choix des patientes. Cependant on remarque, que chez les patientes défavorables aux prises en charge, il possède peu d'impact sur leur décision.

4.3. Les limites de la consultation siège : la théorie de la motivation intrinsèque et extrinsèque

La consultation siège constitue elle-même ses propres limites en n'imposant aucune prise en charge mais en faisant uniquement des propositions à la patiente. En effet, si aucune ne lui convient, la patiente peut choisir une césarienne programmée.

C'est alors que la théorie de la motivation intrinsèque et extrinsèque intervient.

Cette théorie a été présentée par Richard Deci en 1975 et développée par Deci et Ryan en 1985, et en 2002 avec la théorie de l'auto-détermination. Elle est à l'origine de nombreuses études comme dans le milieu scolaire (motivation des étudiants), dans le milieu professionnel (motivation des employés) et encore dans le milieu médical (motivation des patients). [13]

La motivation se manifeste par « l'envie de faire quelque chose ». Appliquer au monde médical, si la prise en charge intéresse la patiente et lui semble sécurisante, elle va l'accepter pour que cette action soit bénéfique face à la situation dans laquelle elle se trouve. Cependant si la prise en charge proposée lui semble peu justifiée ou risquée, elle sera alors peu ou pas motivée pour la réaliser.

Elle différencie deux types de motivation [14] :

- La motivation extrinsèque : initiée par une volonté extérieure à l'individu et dépendante des récompenses ou de la crainte d'être sanctionné. Elle dépend aussi du regard porté par son environnement tant professionnel que personnel.
- La motivation intrinsèque : vient de l'individu lui-même. Elle se manifeste par la curiosité, l'intérêt, l'engagement de l'individu face aux situations qu'il rencontre. Elle nécessite que l'individu ait une image de lui-même suffisamment bonne et qu'il ait confiance en sa capacité à réussir donc à « être compétent ».

L'attitude du professionnel et les informations qu'il délivre, procurent une motivation extrinsèque qui va plus ou moins agir sur la motivation intrinsèque de chaque patiente. Selon leurs représentations et la confiance que chaque femme a en sa capacité à supporter la VME et/ou réussir à accoucher par la voie basse du siège, la consultation suscitera ou pas un intérêt à accepter les prises en charge proposées.

Notre étude montre que pour la VME, la motivation intrinsèque est souvent mobilisée puisque plusieurs patientes y ont adhéré. Par contre, ce n'est pas le cas pour l'accouchement. Le rôle du professionnel dans son engagement et celui de la femme dans sa représentation de l'accouchement par la voie basse du siège sont donc à prendre en compte pour faire évoluer cet état de fait.

Idéalement, trouver les clés pour la motivation nécessite d'agir en même temps sur ces deux composantes : la motivation extrinsèque et intrinsèque. La motivation est liée à la personnalité de la patiente et à son environnement. Au-delà des explications indispensables, il est nécessaire d'écouter ce que pensent et souhaitent les femmes.

Il est donc important pour le professionnel d'agir sur les différents aspects liés à la motivation pour la renforcer, l'encourager et ainsi soutenir la patiente à agir au mieux pour elle et son fœtus.

Même si l'écoute est déjà présente à cette consultation, il y a peut-être un approfondissement à apporter avec l'apport de techniques de communication comme la reformulation et le questionnement ouvert qui faciliterait l'expression des ressentis des femmes et permettrait d'aller plus loin dans les échanges.

4.4. En général

L'ensemble de la consultation a permis aux patientes d'être correctement informées sur les prises en charge possibles et d'être rassurées et encouragées à bon escient. Les patientes qui étaient partagées avant la consultation, adhèrent en général complètement ou partiellement à la consultation siège. La consultation a été jugée par les patientes majoritairement utile (56%) et en partie utile (29%).

Sur les 9 mois de l'étude, la consultation a permis la réalisation d'une VME chez 75% des patientes concernées. Parmi elles, seulement 23% ont été un succès. Malgré le faible taux de succès de la VME à l'HME, les patientes ont majoritairement adhéré à sa réalisation. Elles se sont senties rassurées par les explications du médecin. Grâce aux VME et aux versions spontanées, 16% des patientes ont pu accoucher par la voie basse d'une présentation céphalique.

Puis, par rapport à l'accouchement par la voie basse du siège, il représente 13% de la population de l'étude. On peut alors affirmer que malgré des réticences de la part des patientes ou des professionnels de santé, la prise en charge est un succès. Les professionnels de santé progressent dans la réalisation de ce type d'accouchement avec des patientes qui se retrouvent dans un climat de confiance. Cet effort doit être encouragé et poursuivi.

Cependant, certains professionnels refusent de réaliser ce type d'accouchement le jour de leur garde par manque d'expérience, ce qui est compréhensible. Ils préfèrent alors, après avoir informé la patiente, réaliser une césarienne en urgence pendant le travail. Il est donc important d'informer les patientes au cours de la consultation, sur la possibilité d'avoir une césarienne le jour de l'accouchement si le médecin de garde ne le pratique pas.

Pendant cette étude, la consultation aura permis d'éviter chez 29% des patientes une césarienne grâce à la VME et à l'accouchement par la voie basse du siège.

Cette consultation permet d'informer et d'accompagner les patientes dans leur choix de manière éclairée et bienveillante.



5. Propositions d'actions

Plusieurs propositions d'actions ont été envisagées suite à cette étude.

La première proposition d'actions serait de **continuer l'étude menée** sur un période plus longue afin d'obtenir un plus grand échantillon accompagné de résultats plus significatifs. Ceci nous permettrait d'apprécier s'il existe effectivement une différence entre les multipares et les primipares et donc d'adapter le discours des professionnels.

Pour favoriser le climat de confiance entre le praticien et la patiente, **une fiche d'information sur la VME** élaborée par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) mise à jour en 2009, pourrait être distribuée à la consultation siège. [9]

Le taux de succès national de la VME selon la Haute Autorité de Santé est d'environ 40 à 60% [2]. C'est alors que connaissant le faible taux de succès des VME sur l'étude, il est important de **continuer à former les équipes** pour qu'ils en réalisent encore et deviennent plus performants.

Sur un second plan, **l'utilisation de médecines alternatives** comme l'acupuncture et l'ostéopathie pourrait être envisagée. Même si elles n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité, elles ont l'avantage d'être indolore et a priori sans risque lorsqu'elles sont pratiquées par un professionnel aguerri. En effet, on retrouve sur l'étude une patiente qui a eu recours à l'acupuncture et à l'ostéopathie pour réaliser spontanément une version.

Il est important d'aborder la moindre adhésion à l'accouchement par la voie basse du siège dans l'étude. Elle peut être justifiée par des inquiétudes plus nombreuses et préexistantes avant la consultation ainsi que par les différents échanges que les femmes ont entre elles. En effet la génération des femmes au dessus des patientes de l'étude n'ont pas connu la possibilité d'accoucher par la voie basse du siège. A Limoges, pendant des années, un siège naissait systématiquement par césarienne. Les femmes ont peut-être incorporé cet état de fait. Il semble alors plus difficile de les faire changer d'avis. Mais, au fil du temps, les pratiques changeant, on peut espérer de moins en moins de femmes réticentes.

De plus, pour pallier au défaut d'expérience en matière d'accouchement par la voie basse du siège, des **formations** pourraient être envisagées pour tous les professionnels de santé afin d'améliorer les compétences, de changer les mentalités et les a priori de chacun. Pour cela, **le centre de simulation de la faculté de médecine** pourrait être utilisé. Un entraînement sur mannequin basse fidélité pourrait être mis en place pour apprendre les gestes et ensuite des séances de simulation permettraient d'apprendre à gérer cette situation en équipe. Cela rendrait possible à tous les obstétriciens de pouvoir les réaliser ainsi qu'aux internes de gynécologie-obstétrique et aux sages-femmes de l'établissement.

La simulation pourrait aussi être utilisée pour la gestion de la consultation siège afin de mieux interagir avec les femmes et ainsi faire évoluer leurs motivations.

Même s'il est indispensable d'avoir la présence de l'équipe obstétricale au complet lors de ce type d'accouchement, les sages-femmes sont aptes à sa réalisation. Il est important qu'elles soient aussi formées car elles peuvent être amenées à être seules face à un accouchement inopiné d'un siège dans une maternité de type 1 ou 2 sans la présence sur place de toute l'équipe obstétricale.

Elles sont déjà formées au cours de leurs études mais cette situation étant assez rare, elles doivent régulièrement être reformées pour maintenir cette compétence au même titre que les obstétriciens.



Conclusion

La consultation siège créée en septembre 2015 à l'HME, possède une réelle influence dans le choix des différentes prises en charge qu'elle propose aux patientes.

Grâce aux explications sur la VME, la majorité des patientes a adhéré à cette modalité au cours de l'étude. Cependant une moindre adhésion à l'accouchement par la voie basse du siège s'est manifestée. En plus des commentaires laissés par les patientes sur le questionnaire, la consultation a permis de mettre en évidence une certaine appréhension de l'accouchement en lien avec les informations reçues par leurs proches et les sites internet.

La consultation siège est reconnue comme utile et rassurante par des patientes qui sont demandeuses d'informations de ce type de présentation rare. Elle a permis de guider objectivement des patientes indécises et d'apporter des réponses aux patientes qui possédaient des aprioris. Le lien créé lors de la consultation, doit être encore consolidé auprès des primipares qui semblent avoir plus d'appréhensions.

Des formations proposées aux équipes médicales (médecins gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, internes) leurs permettraient de perfectionner leurs pratiques et d'avoir un regard neuf sur la prise en charge de l'accouchement par la voie basse du siège.

La consultation siège constitue une réelle alternative à la césarienne programmée et permet aux patientes d'être plus autonomes. Les patientes peuvent alors affirmer leurs choix et aussi trouver conseils auprès du médecin lors de la consultation. Cela permet d'encourager et d'entretenir la relation de confiance entre le couple ; professionnel de santé-patiente.

Ainsi, grâce à des professionnels bien formés et des patientes en confiance par les informations données on peut s'attendre à une hausse du taux d'accouchements par la voie basse du siège dans les années à venir.



Références bibliographiques

- [1] MARPEAU L., LANSAC J., TEURNIER F., NGUYEN F., COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES (FRANCE), ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES ENSEIGNANTES FRANÇAISES. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. ISBN : 978-2-294-07143-0.
- [2] *Indications_cesarienne_programmee_Argumentaire* - *indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf > (consulté le 4 septembre 2016)
- [3] SCHAAL J.-P., CÉRÈS C., HOFFMANN P. *Gynécologie-obstétrique en urgence: premiers pas en gynécologie obstétrique*. Montpellier : Sauramps médical, 2009. ISBN : 978-2-84023-641-2.
- [4] MATIS R. *Mémento de la sage-femme*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011. ISBN : 978-2-294-71425-2.
- [5] CABROL D., GOFFINET F., ANSELEM O., GRANGÉ G., LEPERCQ J., AMIEL-TISON C. *Protocoles cliniques en obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013. ISBN : 978-2-294-73527-1.
- [6] *2000_go_127_marpeau.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2000_go_127_marpeau.pdf > (consulté le 2 septembre 2016)
- [7] *Déclenchement artificiel du travail - Recommandations - declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf > (consulté le 9 août 2017)
- [8] *2005_GO_049_goffinet.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_049_goffinet.pdf > (consulté le 2 septembre 2016)
- [9] CNGOF. « fiche d'information des patientes VME ». [s.l.] : [s.n.], 1999. Disponible sur : < http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_11.HTM > (consulté le 11 septembre 2016)
- [10] HANNAH M. E., HANNAH W. J., HEWSON S. A., HODNETT E. D., SAIGAL S., WILLAN A. R. « Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group ». *Lancet Lond. Engl.* 21 octobre 2000. Vol. 356, n°9239, p. 1375- 1383.
- [11] CARAYOL M., ALEXANDER S., GOFFINET F., BRÉART G., ALEXANDER S., UZAN S., SUBTIL D., CARAYOL M., FOIDART J. M., COMITÉ SCIENTIFIQUE, COMITÉ DE PILOTAGE. « [Mode of delivery and term breech presentation in the PREMODA cohort] ». *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. février 2004. Vol. 33, n°1 Suppl, p. S37-44.
- [12] *Recos_vu_JL_18-06-12* - *recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf* [En ligne].

Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf > (consulté le 11 septembre 2016)

[13] *tad_pdf.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < http://pmtic.net/sites/default/files/filemanager/images/site_public/activites/tad_pdf.pdf > (consulté le 10 juin 2018)

[14] *WR - 2004 - à MOTIVATION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://ipcem.org/img/articles/lguenanemotiv.pdf> > (consulté le 10 juin 2018)



Annexes

Annexe 1. Questionnaire	46
Annexe 2. Commentaires des patientes.....	50



Annexe 1. Questionnaire

Bonjour,

Je suis Pauline Ducouret, étudiante sage-femme. J'effectue mon mémoire de fin d'études sur **l'influence de la « consultation siège » à l'HME (Hôpital de la Mère et de l'Enfant) sur votre prise de décision pour l'accouchement.**

Ce questionnaire est anonyme. Sa durée est d'environ 10 min

Entourez ou cochez vos réponses sachant que plusieurs réponses sont parfois possibles. Vous pourrez aussi mettre des commentaires.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- Age :
 - Nombres d'enfants :
 - Profession et catégorie :
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Agriculteurs/exploitants | |
| 2. Artisans, commerçants et assimilés, chefs d'entreprise | |
| 3. Professions libérales, cadres de la fonction publique, professeurs, professions scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles, cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise | |
| 4. Professions intermédiaires de la santé et du travail social, instituteurs et assimilés, clergé et religieux, professions intermédiaires | |
| | administratives de la fonction publique, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise |
| | 5. Employés civils et agents de service de la fonction publique, policiers et militaires, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers |
| | 6. Ouvriers qualifiés, non qualifiés ou agricoles |
| | 7. Retraités |
| | 8. Sans profession |
- Durant votre grossesse vous avez bénéficié d'une VME (version par manœuvres externes : fait tourner le bébé dans le ventre pour qu'il ait la tête en bas):
 - o Oui / Non
 - o Si Oui : Succès / Echec
 - Votre accouchement s'est déroulé par :
 - o Un accouchement voie basse céphalique (votre bébé est sorti par les voies naturelles, la tête en premier)
 - o Un accouchement voie basse du siège (votre bébé est sorti par les voies naturelles, les fesses/pieds en premier)
 - o Une césarienne programmée
 - o Une césarienne en urgence

QUESTIONS :

Lors de votre échographie du 3^{ème} trimestre, votre bébé était en siège... (la tête en haut).

- Le professionnel (médecin, sage-femme) vous faisant cette échographie vous a-t-il expliqué cette présentation du siège et les différentes prises en charge possibles?
 - o Oui
 - o Non
 - o Je ne me souviens pas
- Vous a-t-il parlé de la VME (version par manœuvres externes) ?
 - o Oui :
 - D'une manière favorable
 - D'une manière neutre
 - D'une manière défavorable
 - o Non
 - o Je ne me souviens pas
- Vous a-t-il parlé de l'accouchement par les voies naturelles du bébé en présentation siège ?
 - o Oui :
 - D'une manière favorable
 - D'une manière neutre
 - D'une manière défavorable
 - o Non
 - o Je ne me souviens pas

La « consultation siège » a été programmée.

- Avant de vous rendre à la « consultation siège », aviez-vous des informations sur la VME ?
 - o Oui / Non
 - o Si oui par quels moyens : (plusieurs réponses possibles)
 - Sites internet
 - Forums
 - Entourage (famille, conjoint, amis...)
 - Votre propre expérience (grossesse(s) précédente(s))
 - Un professionnel de santé (médecin, sage-femme)
 - Autres :
- Comment perceviez-vous la VME ?
 - o Vous étiez favorable
 - o Vous étiez sans avis
 - o Vous étiez défavorable
 - o Autres : Précisez :



- Avant de vous rendre à la « consultation siège », aviez-vous des informations sur l'accouchement par les voies naturelles du bébé en siège ?
 - o Oui / Non
 - o Si oui par quels moyens :(plusieurs réponses possibles)
 - Sites internet
 - Forums
 - Entourage (famille, conjoint, amis...)
 - Votre propre expérience (grossesse(s) précédente(s))
 - Un professionnel de santé (médecin, sage-femme)
 - Autres :

- Comment perceviez-vous l'accouchement par les voies naturelles du bébé en siège ?
 - o Vous étiez favorable
 - o Vous étiez sans avis
 - o Vous étiez défavorable
 - o Autres : Précisez :

Vous vous êtes rendue à la consultation siège. En sortant de cette dernière...

- o Votre bébé s'était retourné tout seul, il avait désormais la tête en bas.
Le questionnaire s'arrête ici pour vous. MERCI
- o Votre bébé était toujours en siège. Le médecin vous a expliqué les différentes prises en charge.

- Pour vous, vis-à-vis de la VME, la consultation a eu un effet :
 - o Convaincant : m'a aidé dans mon choix d'essayer la VME
 - o Non convaincant : refus de la VME suite à la consultation
 - o Sans effet car :
 - Je ne souhaitais toujours pas de VME malgré la consultation
 - Je souhaitais toujours une VME malgré la consultation

- Pour vous, vis-à-vis de l'accouchement par les voies naturelles de la présentation siège du bébé, la consultation a eu un effet :
 - o Convaincant : m'a aidé dans mon choix d'essayer d'accoucher par les voies naturelles
 - o Non convaincant : refus de l'accouchement par les voies naturelles suite à la consultation
 - o Sans effet car :
 - Je ne souhaitais toujours pas accoucher par les voies naturelles malgré la consultation
 - Je souhaitais toujours accoucher par les voies naturelles malgré la consultation

- Les informations données lors de la consultation ont été ?

o Compréhensibles	o Peu compréhensibles
o En partie compréhensibles	o Pas compréhensibles

- Globalement, l'explication de la VME lors de la consultation a été pour vous (1 réponse attendue) :
 - o Rassurante
 - o Un peu rassurante
 - o Un peu inquiétante
 - o Inquiétante
 - o Sans effet

- Globalement, l'explication de l'accouchement du bébé en siège par les voies naturelles lors de la consultation a été pour vous (1 réponse attendue) :
 - o Rassurante
 - o Un peu rassurante
 - o Un peu inquiétante
 - o Inquiétante
 - o Sans effet

- Le médecin qui a réalisé la consultation siège, vous a semblé :
 - o Convaincu par le bien fondé de la démarche
 - o Vous confortant dans votre choix initial d'avoir recours à la VME et/ou à l'accouchement par les voies naturelles du bébé en siège
 - o Hésitant vis-à-vis de la VME et/ou de l'accouchement par les voies naturelles du bébé en siège
 - o Non persuadé ou opposé à la démarche

- Tout cela a provoqué chez vous ?
 - o Une adhésion complète à la démarche (Oui VME et Oui accouchement par les voies naturelles du bébé en siège si échec VME)
 - o Une adhésion partielle car :
 - Oui VME et Non accouchement par les voies naturelles du bébé en siège
 - Non VME et Oui accouchement par les voies naturelles du bébé en siège
 - o Une non adhésion à la démarche car vous vouliez une césarienne programmée sans essayer la VME

- Finalement la consultation siège a-t-elle été utile pour vous ?
 - o Oui : Pourquoi ?

.....

.....
 - o Non : Pourquoi ?

.....

.....
 - o En partie : Pourquoi ?

.....

.....

MERCI d'avoir répondu au questionnaire. Vous pouvez le remettre à un professionnel de l'équipe soignante (sage-femme, aide soignant, étudiant...) qui me le remettra.

Bonne journée,

Pauline DUCOURET

Etudiante Sage Femme

Dr Jean-Luc EYRAUD

Gynécologue-Obstétricien Directeur du mémoire



Annexe 2. Commentaires des patientes

- **Avant la consultation, l'origine des informations sur la VME :**
 - Sites internet :
 - Sur youtube, vidéo des canadiens très à l'écoute, ayant le temps, dialoguant ce qui a manqué à la réussite de la manœuvre (VME) en partie.

- **Comment perceviez-vous la VME ?**
 - Défavorable :
 - Car ayant eu des contractions pendant 8h deux semaines avant cela, la proposition ne me disait rien d'être manipulée mais le docteur était convaincant.
 - Désir essayer mais je ne sais pas si je le referais car douloureux et peur pour l'enfant
 - Pas de connaissance des risques pour la maman et le bébé, je ne savais pas comment ca se déroulerait
 - Sans avis :
 - Craintes pour le bébé
 - Autres :
 - Peur pour le bébé
 - Pas mal de réticences
 - inquiétude

- **Comment perceviez-vous l'accouchement par la voie basse du siège ?**
 - Défavorable :
 - risqué
 - Autres :
 - Assez inquiète en fait, j'ai tenté l'ostéopathe et l'acupuncture mais sans résultat... J'ai donc accepté l'idée au bout d'un moment, la césarienne ne me tentant pas du tout de toute façon sauf si grande prise de risque.
 - Anxieuse, peur d'avoir un bébé en souffrance
 - dangereux pour nous deux
 - inquiète
 - inquiétude

- **Les informations données lors de la consultation ont été ?**
 - Compréhensibles
 - Mais je n'ai pas eu beaucoup d'information en fait ! je les ai trouvées moi-même.
 - Aucune explication juste choix entre les 3 pratiques



- **Explication accouchement par la voie basse du siège :**
 - Un peu rassurante
 - Car critères tous positifs pour le tenter

- **Explication VME :**
 - Un peu rassurante
 - Toujours des inquiétudes pour le bien être du bébé
 - Et un peu inquiétante mais les risques ont été bien expliqués

- **La consultation a eu un effet vis-à-vis de la VME :**
 - Convaincant : m'a aidé dans mon choix d'essayer la VME :
 - Semblait presque obligatoire pour réaliser après, si échec, l'accouchement voie basse

- **Le médecin qui a réalisé la consultation a semblé :**
 - Convaincu :
 - impression qu'il voulait que j'opte pour la VME

- **Enfin la consultation siège a-t-elle été utile pour vous ?**
 - Oui :
 - Elle a permis d'avoir l'ensemble des informations qui ont aidé à la prise de décision.
 - Explications adaptées à mon cas et que tout était prévu dans le cas d'une césarienne nécessaire.
 - Je me suis sentie accompagnée par des professionnels confiants et m'expliquant bien les précautions à prendre.
 - Car elle nous a permis d'appuyer auprès du personnel notre volonté d'accoucher par les voies naturelles malgré césarienne programmée pour dépassement de terme. Souhaitait un accouchement peu intrusif
 - Nous voulions nous donner les chances par voie basse mais nous avons trouvé les choses bien compliquées pour y arriver, trop médicalisées et stressant et n'étions pas sur d'y arriver jusqu'à la fin. Et la césarienne nous pendait au nez depuis la troisième échographie. Après la césarienne (en urgence pendant le travail) nous étions sous le choc et l'émotion. Nous sommes en bonne santé au final et c'est ça qui compte.
 - VME mieux comprise, manipulation légère lors du rendez vous et donc rassurante vu la non douleur
 - Je n'aurai pas tenté la VME sans cette consultation
 - Je me sentais motivée à 100% pour le faire
 - Pour ne surtout pas avoir une césarienne



- Explications claires vis-à-vis de la taille du bassin et du recours à la césarienne si problème
- Pour éviter au maximum une césarienne et savoir plus sur l'accouchement par la voie basse
- Pour avoir toutes les informations avant de prendre une décision
- J'ai eu toutes les informations nécessaires pour prendre la décision de faire une VME qui a réussi
- La consultation m'a conforté dans mon souhait tout en me permettant de garder certaines éventualités sur le fait qu'une césarienne pouvait s'imposer à moi. J'avais des questions auxquelles le gynécologue a pris le temps de répondre afin que je fasse mon choix en connaissance de cause. Cependant d'autres consultations et « le temps » entre cette consultation siège et le jour J, ont permis véritablement de prendre une décision. Le croisement des avis de différents professionnels fut très important pour moi.
- J'avais un doute pour effectuer la VME cela m'a permis de ne pas avoir de regrets (VME échec/césarienne programmée).
- Je n'aurai pas souhaité faire la VME sans avoir eu la consultation pour m'expliquer.
- J'ai eu les réponses à mes questions.
 - o En partie :
- Oui pour le suivi des différents critères physiologiques mais non car c'est ma propre intuition et mon rapport personnel à mon corps qui m'ont guidée
- VME imposée par le médecin et pas d'explications sur l'accouchement du siège lors de cette consultation
- M'a permis d'envisager la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles malgré le siège. J'ai refusé pour des raisons personnelles liées à des problématiques dans mon rapport au corps. Consultation siège utile mais rencontres avec d'autres professionnels (hors HME) et retours d'entourage pas toujours très positifs concernant ce type d'accouchement voie basse qui génèrent une crainte supplémentaire. On reste influençable lors d'un premier accouchement car beaucoup d'appréhensions.
- La consultation siège a été utile pour connaître le déroulement mais aucunement pour la VME. Par contre, nous sommes au courant de ce qui peut se passer mais est-ce vraiment utile de nous informer si au préalable on vous fait aussi comprendre que peu ou pas d'obstétriciens pratiquent l'accouchement par voies basses d'un bébé en siège ? malgré tout la césarienne s'est très bien déroulée, je n'ai aucun regret.
- VME réussite mais accouchement par césarienne (césarienne pendant travail pour stagnation)
- Difficile de savoir au final s'il faut mieux une césarienne ou un accouchement voie basse siège car avantages/inconvénients dépendent de la patiente.
- La version a réussi mais accouchement par césarienne du bébé
- Le jour « J » il n'y avait pas de médecin pratiquant l'accouchement par voie basse d'une présentation siège, donc j'ai eu une césarienne (en urgence).
- Accouchement a fini en césarienne après échec VME et tentative voie basse siège. Peu ou pas d'information sur le caractère douloureux de la VME.

- Je souhaitais une césarienne programmée. Mais j'ai trouvé que l'accouchement voie basse du siège présenté par le chirurgien était présenté de manière objective, complète et non orientée.
 - o Non :
- On me laissait le choix, c'est difficile (indécision, hésitation, peur)
- J'avais déjà fait mon choix VME et si échec, césarienne programmée
- Choix par dépit. Equipe non rassurante sur l'accouchement voie basse du siège. Je me suis sentie obligé de faire la VME et la césarienne. Tout a été fait dans la précipitation, VME tardive car non informé dans les temps et césarienne car l'équipe rencontrée semblait pas à l'aise avec un accouchement naturel, elle a été programmée la veille pour le lendemain. Pas d'informations transmises suite à l'IRM pelvien non plus. (mois de juillet)
- Le docteur n'a pas dit grand-chose et j'ai trouvé pleins d'informations sur internet
- La consultation = échographie, aucune explication peut être parce que je semblais déjà avoir fait mon choix (césarienne programmée)? Consultation de 5 minutes chrono ne servant pas à grand-chose.
- La consultation ne m'a pas apporté d'informations supplémentaires.



L'influence de la consultation siège sur le choix du mode
d'accouchement par les patientes

53 pages

Mémoire de fin d'études
Ecole de Sages-Femmes de LIMOGES – 2017/2018

Résumé :

L'étude a eu pour but d'analyser l'impact de la consultation siège sur la décision des femmes pour la prise en charge du siège (VME, accouchement voie basse, césarienne). Un questionnaire a été distribué en suites de couches aux patientes ayant assisté à cette consultation. Elles ont été significativement satisfaites de la consultation et ont pu choisir la prise en charge. Cette consultation a permis la réalisation de nombreuses tentatives de VME et de plusieurs accouchements par la voie basse. Mais, il reste encore certains aprioris sur la réalisation de l'accouchement par la voie basse du siège, de la part de quelques professionnels et de patientes.

Mots-clés : consultation siège, version par manœuvre externe, accouchement par la voie basse du siège

