

2025-2026

Diplôme d'état de Sage-Femme

ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA MANŒUVRE DE COUDER PAR LES SAGES-FEMMES FRANÇAISES EXERÇANT EN SALLE DE NAISSANCE DE MATERNITE PUBLIQUE ET PRIVEE

***Évaluation de la pratique professionnelle
réalisée du 07/07/2025 au 19/12/2025***

MARION LULE

Sous la direction :

Directrice : Madame Laure Chouteau sage-femme hospitalière

Co-directrice : Madame Béatrice Pierrot sage-femme
tabacologue et enseignante

Jury

Madame NETIER- HERAULT Elodie: présidente

Madame BEAUDOUIN Nadège : membre

Madame PENCHAUD Anne-Laurence : membre

Madame SEHIER Amélie : membre

Soutenu publiquement le 30 avril 2026

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée LULE Marion

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 28 / 03 / 2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lulé', with a stylized, cursive script.

REMERCIEMENTS

Je souhaite avant tout remercier ma directrice et ma co-directrice de mémoire, Laure Chouteau et Béatrice Pierrot, pour leur patience, leurs conseils éclairés et leur disponibilité tout au long de ce travail. Leur rigueur, leur expertise et leur bienveillance m'ont beaucoup aidées à progresser et à structurer mes recherches.

Je remercie également toutes les sages-femmes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire ce qui a rendu ce mémoire possible.

Je remercie aussi les sages-femmes enseignantes de l'école d'Angers ainsi que Laurence Sadi pour leur accompagnement durant ces quatre années.

Merci à cette promo 2022-2026 pour cette entraide et pour les moments partagés ensemble.

Enfin, un grand merci à mes proches :

À mes amies rencontrées il y a quatre ans, sans qui rien de cela n'aurait été possible : Camille, Emma, Marine, Lola, Fanny, Salomé, Justine et Lucie. Merci pour votre soutien sans faille, pour ces rires, ces pleurs et tous ces moments précieux partagés à vos côtés.

À Anouck, Lise et Manon mes amies d'enfance, merci d'avoir été là dans les périodes où je me sentais dépassée.

À ma famille : mes parents Pauline et Laurent et mes deux frères Arthur et Tom pour leur encouragement, leur compréhension durant cette période intense. Merci d'avoir toujours cru et de m'avoir porté durant toutes ces années.

À Killian, pour son soutien quotidien lors de moments de doute, de joie, de pleurs. Merci pour ta présence.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

FI : Formation Initiale

SF : Sages-Femmes

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de non-plagiat	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Introduction	7
Matériels et méthodes	10
Matériels	10
Méthodes.....	10
Résultats	13
Flow chart.....	13
Caractéristiques générales de la population incluse	14
Connaissances sur la manœuvre de Couder	15
Pratique des sages-femmes concernant la manœuvre de Couder	18
Formation et besoins des sages-femmes sur la manœuvre de Couder ..	21
Discussion	24
Principaux résultats	24
Limites, biais et forces de l'étude.....	26
Explication des résultats obtenus et comparaison avec la littérature.....	27
Conclusion	36
Annexes	37
Annexe 1	37
Annexe 2.....	44
Bibliographie	45
Table des figures	48
Table des tableaux.....	49
.....	50
Abstract	50
Résumé.....	50

INTRODUCTION

En 2018, selon le CNGOF, l'une des principales priorités pour les professionnels de santé lors de l'accouchement est la prévention des lésions périnéales lors du dégagement de la tête et des épaules fœtales. (1)

Cette préoccupation est même plus ancienne puisque déjà en 1891, monsieur Louis Couder travaillait sur ce sujet. En effet, dans sa thèse intitulée « De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête », il s'est appuyé sur les recherches de la sage-femme Marie-Louise La Chapelle dans son ouvrage en trois tomes « Pratique des accouchements; ou, Mémoires, et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art » datant de 1821 (2-4), monsieur Couder conclut que le passage des épaules fœtales est plus large que le passage de la tête fœtale. Cela impose donc une sollicitation plus forte du périnée, induisant un risque de déchirure au passage des épaules. Il propose alors une manœuvre portant son nom, consistant à dégager le bras antérieur en dehors des voies génitales en l'abaissant et en le dirigeant grâce à deux doigts placés en attelle. Cela permet ainsi de réduire le diamètre bi-acromial de 13 cms en un diamètre acromio-thoracique de 10 cms. Ainsi, la sollicitation du périnée postérieur lors de la libération des épaules fœtales est significativement réduite. (5)

La manœuvre de Couder a été mentionnée dans les mêmes lignes directrices du CNGOF en 2018 comme intéressante pour la pratique, puisqu'elle « *semble diminuer le taux de déchirures périnéales du deuxième degré et augmenter le taux de périnées intacts* » (NP3). (6)

Pourtant, cette manœuvre semble peu étudiée en France avec seulement huit études scientifiques sur ce sujet, depuis celle du Dr Couder. (7-14)

Cette préoccupation concernant la prévention des lésions périnéales n'est pas seulement française. Deux techniques principales de protection périnéale ressortent. En France, c'est la technique du « hands on » qui est recommandée, et qui fait consensus au sein des écoles de formation et des professionnels. (15) Elle consiste à contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique avec un soutien du périnée postérieur associé à un contrôle du dégagement de l'épaule postérieure, afin de diminuer le

risque de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) (Grade C). (1) Alors que dans les pays anglo-saxons la technique du « hands off » est répandue, durant laquelle il n'y a pas d'intervention de l'opérateur lors de l'expulsion de la tête fœtale. (16)

Malgré cette recommandation, une augmentation significative de 7,5% des déchirures périnéales du premier et du deuxième degré, est constatée en France entre 2016 et 2021. (17) Cependant, aucun facteur évoqué ne permet d'expliquer cette augmentation. (17) Ces déchirures correspondent pour celles du premier degré à l'atteinte de l'épithélium vaginal ou vulvaire et pour celles du deuxième degré à l'atteinte des muscles superficiels du périnée avec le sphincter de l'anus restant intact. (1)

Une étude cas-témoins menée au CHU de Besançon en 2012, vient appuyer la pertinence de l'utilisation de la manœuvre de Couder comme protection périnéale. En effet, selon cette étude menée auprès de 98 patientes, cette manœuvre permettrait de réduire significativement les déchirures périnéales du deuxième degré chez les primipares à terme ($p < 0,001$). De plus, aucune différence du taux de lésions du périnée antérieur n'était relevée entre les deux groupes. (7)

Une autre étude comparative, rétrospective entre 2017 et 2020 (N=2930) menée à Grenoble, constatait également une diminution des déchirures du deuxième degré ($p < 0,005$) et une augmentation des périnées intactes ($p < 0,001$) après l'introduction de la manœuvre de Couder en 2019 avec une pratique de la manœuvre par 32,12% des professionnels. (9)

Ce faible taux de pratique de la manœuvre dans l'étude grenobloise est cohérent avec une étude lilloise de 2023 (N=125), dans laquelle près d'un tiers (32,8%) des professionnels pratiquaient « toujours ou presque toujours » cette manœuvre. (11)

Enfin, les sages-femmes effectuent la majorité des accouchements par voie basse spontanée, comme l'indique l'enquête nationale périnatale française (88,6% en 2021). (17) En effet, elles ont pour compétence, selon leur référentiel professionnel situations cliniques et compétences, la réalisation de « *l'accouchement physiologique quelle que soit la présentation pour une grossesse simple ou multiple* ». (18)

Ce sont donc les sages-femmes qui sont le plus amenées à la pratique de diverses techniques de protection périnéale afin de prévenir une éventuelle déchirure.

Toutes ces informations nous amènent à nous poser la question suivante : les sages-femmes hospitalières françaises utilisent-elles la manœuvre de Couder dans leur pratique professionnelle ?

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux de la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes ainsi que de d'identifier les connaissances et les formations reçues mais également souhaitées à propos de cette manœuvre.

L'objectif secondaire était de comparer les pratiques des professionnels selon leur mode d'exercice public ou privé.

MATERIELS ET METHODES

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une évaluation de pratique professionnelle multicentrique réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire à destination des sages-femmes hospitalières. Il a été envoyé nationalement à toutes les maternités du secteur public et privé ainsi qu'aux maisons de naissance de France entre le 7 juillet 2025 et le 21 octobre 2025.

MATERIELS

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus :

- Les sages-femmes hospitalières.
- Exerçant en France au moment de l'étude (secteur public et privé).
- Diplômées en France.

N'ont pas été inclus :

- Obtention du diplôme depuis moins d'un an.
- N'ayant pas exercé en salle de naissance depuis plus d'un an.
- Professionnels autres que les sages-femmes hospitalières au moment de l'étude.

Ont été exclus :

- Réponse seulement à la première partie du questionnaire.

METHODES

Création d'un auto-questionnaire

Le questionnaire anonymisé a été réalisé via LimeSurvey. Il comportait vingt-neuf questions fermées réparties en cinq parties (Annexe 1).

- 1^{ère} partie : les caractéristiques socio-démographiques de l'étude (sexe, âge, activité professionnelle, temps d'exercice et lieu de formation). (questions 1 à 10)

- 2^{ème} partie : les connaissances concernant la manœuvre de Couder. (questions 11 à 15)
- 3^{ème} partie : les techniques de protection périnéale (parmi plusieurs propositions dans un tableau à réponses multiples) avec une partie ciblée sur la pratique ou non de la manœuvre de Couder, ainsi que leur aisance à la pratiquer. (questions 16 à 21)
- 4^{ème} partie : les formations et leurs besoins à propos de cette manœuvre. (questions 22 à 28)
- 5^{ème} partie : question laissant la possibilité d’y laisser un commentaire libre. (question 29)

Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé à l’aide d’un lien LimeSurvey à partir du 7 juillet 2025.

Nous avons dans un premier temps sollicité tous les conseils départementaux de l’ordre des sages-femmes le 7 juillet 2025. Avec une relance à tous les conseils le 24 juillet. Une dernière relance a été faite le 5 septembre auprès des conseils des départements du 49, 72 et du 53 au vu d’un faible taux de participation (40 réponses au questionnaire).

Seuls 16 conseils de l’ordre sur les 96 existants ont répondu favorablement à la diffusion du questionnaire.

Puis, une base de données a été élaborée en regroupant tous les contacts publics (mail et plateforme de formulaire sur le site internet des établissements) des maternités et maisons de naissance, en collaboration avec trois autres investigatrices qui menaient des enquêtes nationales. Cette base nous a permis de contacter 386 maternités du secteur public et privé françaises sur les 457 existantes et 9 maisons de naissance sur les 10 françaises existantes. Un premier envoi a été réalisé le 24 juillet 2025. Une relance a été faite du 19 au 21 octobre 2025 en excluant les maternités des Pays de la Loire ayant déjà été relancées à plusieurs reprises via les conseils de l’ordre.

Seulement 41 maternités et 1 maison de naissance ont répondu favorablement à la transmission du questionnaire auprès de leurs équipes sans forcément de confirmation que l'envoi ait bien été réalisé.

Enfin, nous avons également sollicité les 15 réseaux de périnatalité français entre le 24 juillet et le 21 octobre

Seuls 3 ont répondu favorablement pour la diffusion.

Analyse des données

Les données collectées via le logiciel LimeSurvey ont été extraites vers un document Microsoft Excel. Le logiciel Epi-Info a été utilisé pour traiter les données. Un test de χ^2 (ou un test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5) a été utilisé pour comparer les pourcentages entre les différents sous-groupes étudiés. Un test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes entre les différents sous-groupes étudiés. Un risque alpha inférieur à 5% était considéré significatif. Les tableaux présentés dans cette étude ont été générés en utilisant le tableur Excel. Les variables qualitatives et quantitatives ont été exprimées en pourcentage ou en moyenne avec un écart type.

Aspect réglementaire

L'avis du comité éthique du CHU d'Angers a été demandé le 1^{er} mai 2025, avec un retour favorable à la diffusion du questionnaire le 19 mai 2025 (N°2025-126), sans modification à apporter. (Annexe 2)

RESULTATS

FLOW CHART

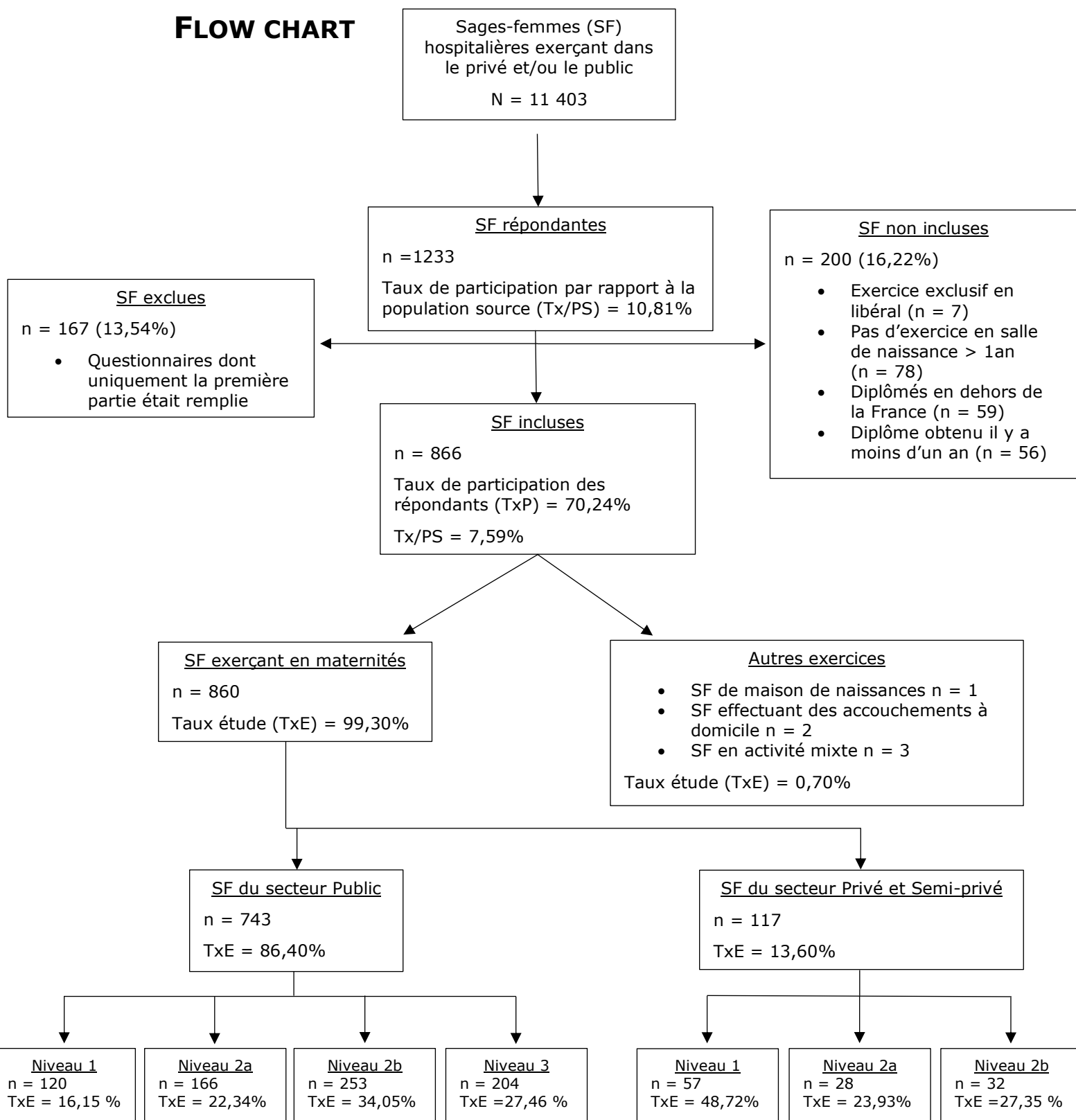


Figure 1 : diagramme de flux pour l'étude « Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée », menée du 7 juillet 2025 au 19 décembre 2025.

CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION INCLUSE

Tableau 1. Caractéristiques de la population incluse étudiée et comparaison entre le secteur public et privé, de l'étude « Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée », menée du 7 juillet 2025 au 19 décembre 2025.

	Effectif total N=866 (%)		Secteur public N=743 (%)		Secteur privé N= 117 (%)		p-value
Sexe							
Femme	845	(97,58)	723	(97,31)	116	(99,15)	0,34
Age (années)							
< 25	38	(4,39)	36	(4,85)	2	(1,71)	0,15
25 - 35	423	(48,85)	346	(46,57)	74	(63,25)	<0,01
36 - 45	228	(26,33)	207	(27,86)	18	(15,38)	<0,01
46 - 55	132	(15,23)	116	(15,61)	16	(13,68)	0,59
> 56	45	(5,20)	38	(5,11)	7	(5,98)	0,69
Année obtention du diplôme							
1 - 5	251	(28,98)	211	(28,40)	38	(32,48)	0,37
6 - 15	307	(35,45)	260	(34,99)	44	(37,61)	0,58
> 15	308	(35,57)	272	(36,61)	35	(29,91)	0,16
Université/école d'obtention diplôme							
Auvergne Rhône-Alpes	144	(16,63)	121	(16,29)	22	(18,80)	0,50
Bourgogne Franche-Comté	102	(11,77)	94	(12,65)	7	(5,98)	0,04
Bretagne	33	(3,81)	23	(3,10)	10	(8,55)	0,03
Centre-Val de Loire	25	(2,89)	24	(3,23)	1	(0,85)	0,23
Grand Est	100	(11,55)	94	(12,65)	6	(5,13)	0,02
Hauts-de-France	49	(5,66)	39	(5,25)	9	(7,69)	0,28
Île-de-France	75	(8,66)	63	(8,48)	11	(9,40)	0,74
La Réunion	7	(0,81)	5	(0,67)	2	(1,71)	0,24
Martinique	4	(0,46)	3	(0,40)	0	(0,00)	-
Normandie	54	(6,24)	49	(6,59)	4	(3,42)	0,22
Nouvelle-Aquitaine	38	(4,39)	31	(4,17)	7	(5,98)	0,38
Occitanie	77	(8,89)	63	(8,48)	14	(11,97)	0,22
Pays de la Loire	91	(10,51)	78	(10,50)	13	(11,12)	0,84
Provence-Alpes-Côte d'Azur	67	(7,73)	56	(7,54)	11	(9,40)	0,48
Régions exercice							
Auvergne-Rhône-Alpes	174	(20,09)	146	(19,65)	26	(22,22)	0,52
Bourgogne-Franche-Comté	93	(10,74)	87	(11,71)	5	(4,27)	0,02
Bretagne	31	(3,58)	16	(2,15)	15	(12,82)	<0,01
Centre-val de Loire	22	(2,54)	22	(2,96)	0	(0,00)	-
Corse	1	(0,12)	1	(0,13)	0	(0,00)	-
Grand-Est	82	(9,47)	78	(10,50)	3	(2,56)	<0,01
Guyane	3	(0,35)	2	(0,27)	0	(0,00)	-
Hauts-de-France	32	(3,70)	27	(3,63)	5	(4,27)	0,60
Île-de-France	96	(11,09)	75	(10,09)	21	(17,95)	0,01
Réunion	8	(0,92)	7	(0,95)	1	(0,85)	1,00
Normandie	43	(4,97)	43	(5,79)	0	(0,00)	-
Nouvelle-Aquitaine	44	(5,07)	38	(5,11)	6	(5,14)	0,99
Occitanie	51	(5,89)	35	(4,71)	15	(12,82)	<0,01
Pays de la Loire	99	(11,43)	92	(12,38)	7	(5,98)	0,04
Provence-Alpes-Côte d'azur	87	(10,04)	74	(9,97)	13	(11,12)	0,70
Exercice en salles de naissance							
< 25% activité	93	(10,74)	79	(10,63)	12	(10,26)	0,90
50 – 75 % activité	452	(52,19)	409	(55,05)	41	(35,04)	<0,01
> 75% activité	317	(36,61)	251	(33,78)	64	(54,70)	<0,01

Parmi les répondants, la proportion de participants de sexe masculin inclus dans l'étude était de 2,19%, dont 94,74% (18/19) travaillaient dans le secteur public.

Parmi les participants, 0,23% (2/866) n'ont pas souhaité indiquer leur sexe.

Parmi la population incluse, 0,46% (4/866) des sages-femmes avaient arrêté leur activité en salle de naissance depuis moins de 1 an. Tous exerçaient dans le secteur public soit 0,54% (4/743).

85,42% (123/144) des sages-femmes diplômé(e)s en Auvergne-Rhône-Alpes exerçaient dans cette même région par la suite. Pour la région des Pays de la Loire le taux de sages-femmes diplômées dans cette région et y exerçant était de 78,02% (71/91).

CONNAISSANCES SUR LA MANŒUVRE DE COUDER

Tableau 2. Connaissances des sages-femmes sur la manœuvre de Coudet et comparaison entre le secteur public et privé, de l'étude « Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Coudet par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée », menée du 7 juillet 2025 au 19 décembre 2025.

	Effectif total N=866 (%)		Secteur public N=743 (%)		Secteur privé N=117 (%)		p-value
Connaissance	866		743		117		
Théorie	745	(86,03)	638	(85,87)	101	(86,32)	0,89
Nom de la manœuvre	95	(10,97)	82	(11,03)	13	(11,12)	0,98
Ne connais pas	26	(3,00)	23	(3,10)	3	(2,56)	1,00
Définition	838		718		114		
1 ^{ère} définition (1)	15	(1,79)	15	(2,09)	0	(0,00)	-
2 ^{ème} définition (2)	47	(5,61)	38	(5,29)	9	(7,89)	0,26
3 ^{ème} définition (3)	776	(92,60)	665	(92,62)	105	(92,11)	0,85
4 ^{ème} définition (4)	0		0		0	(0,00)	-
Indication(s) *	840		720		114		
Réduction dystocie des épaules	284	(33,81)	242	(33,61)	42	(36,84)	0,50
Protection périnéale	655	(77,98)	560	(77,78)	90	(78,95)	0,78
Autres	61	(7,26)	53	(7,36)	8	(7,02)	0,90
Bénéfices *	866		743		117		
Diminution :							
Déchirures périnéales du 1 ^{er} degré.	293	(33,83)	253	(34,05)	39	(33,33)	0,88
Déchirures périnéales du 2 ^{ème} degré	483	(55,77)	413	(55,59)	65	(55,56)	1,00
Déchirures périnéales du 3 ^{ème} degré	467	(53,93)	401	(53,97)	64	(54,70)	0,88
Déchirures périnéales du 4 ^{ème} degré	445	(51,39)	383	(51,55)	60	(51,28)	0,96
Augmentation des périnées intacts	309	(35,68)	265	(35,67)	41	(35,04)	0,90
Diminution taux épisiotomie	142	(16,40)	126	(16,96)	14	(11,97)	0,17
Autres	83	(9,58)	69	(9,29)	14	(11,97)	0,36
Risques *	866		743		117		
Lésions du périnée postérieur	64	(7,39)	55	(7,40)	9	(7,69)	0,91
Lésions du périnée antérieur	513	(59,24)	447	(60,16)	62	(52,99)	0,14
Fractures clavicule/humérus	597	(68,94)	513	(69,04)	82	(70,09)	0,82
Lésions plexus brachial	244	(28,18)	200	(26,92)	43	(36,75)	0,03
Autres	17	(1,96)	14	(1,88)	3	(2,56)	0,72

*Plusieurs réponses possibles

En vert = « bonnes réponses » décrites dans les études scientifiques

- (1) Lorsque l'épaule antérieure et postérieure ne sont pas engagées, introduire sa main sous la tête fœtale, saisir la main fœtale du bras postérieur et effectuer une rotation vers le bas pour dégager le bras en dehors des voies génitales.
- (2) Lorsque l'épaule postérieure n'est pas engagée, introduire sa main sous la tête fœtale, prendre en crochet l'aisselle de l'épaule postérieure, d'arrière en avant entre le pouce et l'index. Pousser l'épaule en avant et vers le bas, afin de l'amener sous la symphyse où celle-ci s'engage puis se dégage.
- (3) Lorsque l'épaule antérieure est dégagée, abaisser le bras antérieur en dehors des voies génitales grâce aux deux doigts placés en attelle.

- (4) Contrôler la déflexion de la tête fœtale une main à plat sur le sommet, l'autre maintenant exercer au travers du périnée une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale.

Parmi les sages-femmes, 30,03% (233/776) ayant choisi la 3^{ème} définition « Lorsque l'épaule antérieure est dégagée, abaisser le bras antérieur en dehors des voies génitales grâce aux deux doigts placés en attelle » ont coché l'indication : réduction d'une dystocie des épaules.

Parmi les autres indications à l'utilisation de la manœuvre de Couder

- 39,34% (24/61) : pour aider au dégagement des membres supérieurs lors d'une « fausse dystocie des épaules » ou d'une difficulté aux épaules.
- 21,31% (13/61) : pas d'indication à cette pratique.
- 8,20% (5/61) : ne savaient pas.
- 8,20% (5/61) : pour aider au dégagement du corps fœtal.
- 8,20% (5/61) : lors d'une macrosomie, lors d'un périnée semblant tonique.
- 4,92% (3/61) : accélérer et faciliter la naissance.
- 3,28% (2/61) : éviter un plexus brachial ou une traction sur la tête.
- 3,28% (2/61) : s'exercer à chercher le bras en attelle pour les manœuvres de dystocie des épaules
- 1,64% (1/61) : lors d'une manœuvre quand la présentation est podalique.
- 1,64% (1/61) : par habitude.

Concernant la question sur les bénéfices de la manœuvre de Couder 50,52% (244/483) des participants avaient coché seuls ceux décrits dans la littérature : une diminution des déchirures du 2^{ème} degré ainsi qu'une augmentation des périnées intacts.

Parmi les autres bénéfices évoqués :

- 34,94% (29/83) : aucun bénéfice n'existait ou non prouvé scientifiquement.
- 28,92% (20/83) : non connu.
- 21,69% (18/83) : diminution des plexus brachiaux, des tractions sur la tête fœtale ou des dystocies des épaules.

- 10,84% (9/83) : aide lors d'une « fausse dystocie des épaules » ou lors d'une difficulté aux épaules.
- 3,61% (3/83) : pour la protection globale du périnée (postérieur et antérieur)
- 2,41% (2/83) : accélérer la naissance.
- 2,41% (2/83) : maîtriser le dégagement des épaules.

Concernant la question sur les risques liés à la manœuvre de Couder, 11,66% (101/866) de la population avaient répondu seulement ces deux items : une fracture de l'humérus ou de la clavicule et une lésion du plexus brachial (c'est-à-dire les risques potentiels retrouvés dans la littérature).

Parmi les autres risques évoqués par la population :

- 47,06% (8/17) : ne savaient pas.
- 35,29% (6/17) : aucun risque lié à cette manœuvre.
- 11,76% (2/17) : augmentation du temps de dégagement du mobile fœtal.
- 5,88% (1/17) : risque de douleur maternelle.

PRATIQUE DES SAGES-FEMMES CONCERNANT LA MANŒUVRE DE COUDER

Tableau 4. Pratique de la manœuvre de Coudier par les sages-femmes et comparaison entre le secteur public et privé, de l'étude « Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Coudier par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée », menée du 7 juillet 2025 au 19 décembre 2025.

	Effectif total N=827 (%)		Secteur public N=709 (%)		Secteur privé N=112 (%)		p-value
Utilisation lors d'un accouchement physiologique							
Jamais	404	(48,85)	355	(50,07)	47	(41,96)	0,11
Occasionnellement	233	(28,17)	201	(28,35)	31	(27,68)	0,88
Souvent	79	(9,55)	67	(9,45)	12	(10,71)	0,67
Toujours	20	(2,42)	14	(1,97)	6	(5,37)	0,03
Selon le contexte	84	(10,16)	66	(9,31)	15	(13,39)	0,18
Ne connais pas cette technique	7	(0,85)	6	(0,85)	1	(0,89)	1,00
Aisance vis-à-vis de la pratique	416		348		64		
Complètement	111	(26,68)	96	(27,59)	14	(21,88)	0,34
Plutôt	196	(47,12)	158	(45,40)	36	(56,25)	0,11
Moyennement	102	(24,52)	88	(25,29)	13	(20,31)	0,40
Pas du tout	5	(1,20)	5	(1,44)	0	(0,00)	-
Autres	2	(0,48)	1	(0,28)	1	(1,56)	0,29
Raison de la non pratique ? *	404		355		47		
Pas de formation	191	(47,28)	175	(49,30)	16	(34,04)	<0,05
Pas de bénéfices observés	184	(45,54)	161	(45,35)	22	(46,81)	0,85
Plus d'aspects négatifs que de bénéfices	52	(12,87)	42	(11,83)	9	(19,15)	0,16
Surmédicalisation de l'accouchement	141	(34,90)	121	(34,08)	20	(42,55)	0,25
Autres	46	(11,39)	39	(10,99)	7	(14,89)	0,43
Situations cliniques *	416		348		64		
De façon systématique	46	(11,06)	38	(10,92)	8	(12,5)	0,71
Suspicion de macrosomie	139	(33,41)	119	(34,20)	18	(28,13)	0,34
Antécédent de macrosomie	27	(6,49)	25	(7,18)	2	(3,13)	0,28
Contexte de diabète gestationnel	24	(5,77)	23	(6,61)	1	(1,56)	0,15
Primipare	32	(7,69)	29	(8,33)	3	(4,69)	0,45
Multipare	10	(2,40)	5	(1,44)	5	(7,81)	0,01
Présentation céphalique autre que OP *	12	(2,88)	11	(3,16)	0	(0,00)	-
Appréciation clinique petit bassin	69	(16,59)	58	(16,67)	10	(15,63)	0,84
Appréciation clinique d'un périnée tonique	174	(41,83)	146	(41,95)	27	(42,19)	0,97
Selon antécédents de déchirure périnéale	80	(19,23)	68	(19,54)	10	(15,63)	0,46
Âge maternel élevé	2	(0,48)	1	(0,29)	1	(1,56)	0,29
Phase active longue	11	(2,64)	10	(2,87)	1	(1,56)	1,00
Selon IMC patiente	13	(3,13)	11	(3,16)	2	(3,13)	1,00
Selon phototype (type de peau) patiente	27	(6,49)	21	(6,03)	6	(9,38)	0,32
Si anesthésie péridurale	83	(19,95)	69	(19,83)	14	(21,88)	0,71
Selon position accouchement	87	(20,91)	70	(20,11)	16	(25,00)	0,38
Autres	113	(27,16)	95	(27,30)	14	(21,88)	0,37
Positions d'accouchement lors de la pratique de la manœuvre*	87		70		16		
Position gynécologique	85	(97,70)	68	(97,14)	16	(100,00)	1,00
4 pattes	1	(1,15)	1	(1,43)	0	(0,00)	-
Décubitus latéral	5	(5,75)	5	(7,14)	0	(0,00)	-
Autres	4	(4,60)	4	(5,71)	0	(0,00)	-

*Plusieurs réponses possibles

OP = occipito-pubien

Parmi les autres techniques de protection périnéale utilisées, les sages-femmes déclaraient :

- 58,16% (481/827) : toujours la technique de flexion ou maintien de la tête fœtale.

- 62,27% (515/827) : toujours le sondage vésical avant de débiter les efforts expulsifs.
- 4,59% (38/827) : toujours les compresses chaudes.
- 2,42% (20/827) : toujours les massages périnéaux.
- 0,73% (6/827) : toujours les mouvements pendulaires au niveau du périnée.
- 0,24% (2/827) : toujours la manœuvre de Ritgen.
- 0,12% (1/827) : toujours l'épisiotomie, 0,12% (1/827) souvent et 45,71% (378/827) jamais.

Plusieurs autres techniques de protection périnéale ont été citées lors de la question à texte libre « autre(s) technique(s) de protection périnéale utilisée(s) » :

- 24,35% (75/308) : autres positions d'accouchement que celle en position gynécologique en décubitus dorsal (décubitus latéral, 4 pattes).
- 19,81% (61/308) : acupuncture et acupression.
- 18,18% (56/308) : poussée en soufflant ou sur l'expiration et des changements de méthodes de respiration pendant les efforts expulsifs selon l'avancée de la tête fœtale.
- 6,19% (19/308) : mobilisation de la patiente pendant les efforts expulsifs : abaissement des jambes, position chasse neige, hyperflexion des cuisses...
- 3,57% (11/308) : hands-off.

Parmi la population pratiquant toujours la manœuvre de Couder, les régions d'exercice étaient :

- 30,00% (6/20) en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- 20,00% (4/20) en Hauts-de-France.
- 15,00% (3/20) en Auvergne-Rhône-Alpes.
- 15,00% (3/20) en Bourgogne-Franche-Comté.
- 10,00% (2/20) en Grand-Est.
- 5,00% (1/20) en Bretagne.
- 5,00% (1/20) en Pays de la Loire.

Concernant les raisons de la non pratique de la manœuvre de Couder les sages-femmes déclaraient :

- 21,74% (10/46) : perte d'habitude de la pratique de la manœuvre ou oubli de la pratiquer.
- 15,22% (7/46) : pas de bénéfice ou de preuve scientifique selon eux.
- 13,04% (6/46) : non pratiquée à cause des risques.
- 10,87% (5/46) : pas besoin car autre technique de protection périnéale.
- 10,87% (5/46) : utilisation d'autres manœuvres pour réduire une dystocie des épaules.
- 2,17% (1/46) : pas apprise lors d'un accouchement physiologique.

Les autres situations cliniques évoquées pour la pratique de la manœuvre de Couder étaient :

- 35,40% (40/113) : dégagement des épaules difficile ou l'abaissement de celles-ci ainsi que lors d'une difficulté aux épaules.
- 32,74% (37/113) : selon l'appréciation clinique personnelle en fonction de la situation sans en évoquer une en particulier.
- 7,08% (8/113) : lors d'une dystocie des épaules ou un doute sur une dystocie des épaules.
- 7,08% (8/113) : jamais pratiquée.
- 4,42% (5/113) : selon l'avancée de la phase d'expulsion.
- 2,65% (3/113) : pas de critère à la pratique.
- 0,88% (1/113) : patiente excisée.

Parmi la population pratiquant toujours la manœuvre de Couder et ayant coché la 3^{ème} définition (celle attendue), 5,00% (1/20) avaient coché comme seule indication la dystocie des épaules (non décrit dans la littérature) ainsi que 30,00% (6/20) l'avaient cochée en complément de l'indication de protection périnéale.

FORMATION ET BESOINS DES SAGES-FEMMES SUR LA MANŒUVRE DE COUDER

Tableau 5. Formation et besoins des sages-femmes interrogées sur la manœuvre de Couder et comparaison entre le secteur public et privé, de l'étude « Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée », menée du 7 juillet 2025 au 19 décembre 2025.

	Effectif total N=822 (%)		Secteur public N=704 (%)		Secteur privé N=112 (%)		p-value
Apprentissage de la manœuvre *							
Formation initiale (FI)	578	(70,32)	492	(69,89)	83	(74,11)	0,36
Formation continue	59	(7,18)	49	(6,96)	9	(8,04)	0,68
Collègues	143	(17,40)	116	(16,48)	24	(21,43)	0,20
Propres moyens	30	(3,65)	27	(3,84)	2	(1,79)	0,41
Non formé	121	(14,72)	111	(15,77)	9	(8,04)	0,03
Autres	13	(1,58)	13	(1,85)	0	(0,00)	-
Score suffisamment formé	821		703		112		
Moyenne (± ET)	4,65	(±3,08)	5,11	(±3,10)	5,74	(±2,86)	0,045
Souhait FI approfondie							
Oui	307	(62,15)	268	(63,36)	36	(53,73)	0,13
Non	187	(37,85)	155	(36,64)	31	(46,27)	0,13
Souhait formation continue	210		185		23		
Oui	127	(60,48)	108	(58,38)	18	(78,26)	0,07
Non	83	(39,52)	77	(41,62)	5	(21,74)	0,07
Pertinence d'une formation	821		703		112		
Oui via une formation initiale	577	(70,28)	494	(70,27)	79	(70,54)	0,95
Oui via une formation continue	131	(15,96)	111	(15,79)	18	(16,07)	0,94
Non	113	(13,76)	98	(13,94)	15	(13,39)	0,88
Raisons de la pertinence d'une formation *							
Se sentir plus à l'aise à la pratique	518	(73,16)	447	(73,88)	67	(69,07)	0,32
Diversifier pratique de protection périnéale	463	(65,40)	397	(65,62)	61	(62,89)	0,60
Se sentir plus à l'aise face à des situations	510	(72,03)	446	(73,72)	61	(62,89)	0,03
Autres	21	(2,97)	14	(2,31)	6	(6,19)	<0,05
Raisons de la non-pertinence d'une formation *							
Utilisation autre technique de protection	48	(42,48)	46	(46,94)	2	(13,33)	0,02
Trop de risques liés à cette pratique	36	(31,86)	35	(35,71)	1	(6,67)	0,03
Pas de bénéfices observés	42	(37,17)	36	(36,73)	6	(40,00)	0,81
Pas d'intérêt	67	(59,29)	58	(59,18)	9	(60,00)	0,95
Autres	9	(7,96)	7	(7,14)	2	(13,33)	0,34

*Plusieurs réponses possibles

Parmi la population ayant inscrit un score allant de 1 à 4 concernant leur sentiment d'avoir reçu une formation suffisante sur la manœuvre de Couder, 62,75% (219/349) avaient coché le souhait d'une formation initiale supplémentaire, 60,13% (95/158) le souhait d'une formation continue et 90,53% (86/95) avaient coché les deux.

Parmi la population qui pratiquait toujours la manœuvre de Couder, 75,00% (15/20) avaient coché l'apprentissage par une formation initiale, 15,00% (3/20) par des collègues et 5,00% (1/20) par ses propres moyens. La moyenne concernant leur sentiment de formation suffisante était de 8,9/10 (±1,77).

Concernant la population qui ne pratiquait jamais la manœuvre, 62,87% (254/404) avaient coché l'apprentissage par une formation initiale, 3,96% (16/404) par une formation continue, 16,58% (67/404) par des collègues et 2,72% (11/404) par leurs propres moyens. Parmi eux, concernant la question du sentiment d'être assez formé à cette manœuvre 20,79% (84/404) avaient un score supérieur à 5. 45,30% (183/404) de la population ne pratiquant jamais la manœuvre de Couder avaient coché le souhait d'une formation initiale supplémentaire et 19,55% (79/404) d'une formation continue.

Parmi la population générale de cette étude, 62,59% (542/866) des sages-femmes ayant répondues connaître la théorie de la manœuvre de Couder avaient répondu avoir été formés par une formation initiale à cette manœuvre. 3,00% (26/866) d'entre eux ont indiqué avoir reçu une formation initiale et une formation continue.

Concernant les autres méthodes d'apprentissage de la manœuvre de Couder citées :

- 69,23% (9/13) : en la voyant pratiquée par les professionnels pendant leurs études.
- 7,69% (1/13) : rédaction mémoire sur ce sujet.
- 7,69% (1/13) : appris l'existence de cette manœuvre via le questionnaire.
- 7,69% (1/13) : avec l'expérience.
- 7,69% (1/13) : lors d'une vraie dystocie des épaules.

Concernant les autres raisons de la pertinence d'une formation à la manœuvre de Couder les sages-femmes déclaraient :

- 28,57% (6/21) : connaître les raisons, inconvénients et bénéfices de cette manœuvre.
- 23,81% (5/21) : toujours intéressant de connaître une manœuvre.
- 14,29% (3/21) : se faire sa propre opinion sur la pratique de cette manœuvre.
- 14,29% (3/21) : cela fait partie des bases à recevoir lors d'une formation initiale afin de permettre d'avoir plus de connaissances théoriques et pratiques.

- 9,52% (2/21) : faire sa propre opinion sur la pratique de cette manœuvre
- 9,52% (2/21) : manœuvre évoquée dans des données scientifiques notamment les recommandations de l'HAS de 2017.

Concernant les autres raisons de la non-pertinence d'une formation à la manœuvre de Couder, on retrouvait :

- 33,33% (3/9) : participe à une surmédicalisation de l'accouchement.
- 22,22% (2/9) : absence de preuve scientifique concernant la manœuvre.
- 22,22% (2/9) : plus pertinent de développer d'autres techniques de protection périnéale comme le hands-off ou la position de la patiente.
- 11,11% (1/9) : douloureux pour le bébé.
- 11,11% (1/9) : apprentissage sur le terrain.

86,24% (708/821) de la population trouvaient qu'une formation à la manœuvre de Couder était pertinente que ce soit via une formation initiale ou via une formation continue.

DISCUSSION

PRINCIPAUX RESULTATS

Connaissances des participants

Dans les principaux résultats de notre étude nationale, la quasi-totalité de notre population (97,00%) connaissait la manœuvre de Couder. Parmi eux, 92,60% connaissaient la bonne définition de la manœuvre de Couder et 77,98% sa bonne indication soit la protection périnéale.

Parmi les participants, 50,52% avaient coché les deux bénéfices de la manœuvre de Couder retrouvés dans la littérature soit une diminution des déchirures du 2^{ème} degré ainsi qu'une augmentation des périnées intacts. (7, 9, 10, 19)

Pour la connaissance des risques liés à cette manœuvre, 11,66% des sages-femmes avaient seulement coché les deux risques potentiels à cette manœuvre : une augmentation des fractures de l'humérus et/ou de la clavicule ainsi que des lésions du plexus brachial. Les professionnels du secteur privé avaient une meilleure connaissance du risque de lésion du plexus brachial comparé à ceux du secteur public ($p=0,03$). (5)

Pratique des participants

Concernant la pratique de la manœuvre de Couder en tant que protection périnéale, très peu de sages-femmes (2,42%) la pratiquaient toujours. De plus, ce sont majoritairement les professionnels du secteur privé comparés à ceux du secteur public qui la pratiquaient en systématique significativement ($p=0,03$).

Ensuite, à propos de la raison de la non pratique de la manœuvre de Couder, un peu moins de la moitié des sages-femmes (47,28%) avaient indiqué ne pas avoir été formées à cette manœuvre, notamment les professionnels du secteur public, en comparaison avec ceux du secteur privé ($p<0,05$).

Les deux principales situations cliniques pour lesquelles les participants réalisaient la manœuvre de Couder étaient une appréciation clinique d'un périnée tonique pour 41,83% et une suspicion de macrosomie pour un tiers

d'entre elles (33,41%). La multiparité des parturientes était une raison pour laquelle les sages-femmes du secteur privé pratiquaient la manœuvre par rapport à celles du secteur public de façon significative ($p=0,01$).

Enfin, 47,12% des répondants se sentaient majoritairement « plutôt à l'aise » avec la pratique de la manœuvre, et 26,68% se sentaient complètement à l'aise.

Formation des participants

Concernant la formation à la manœuvre de Couder, la majorité des participants (70,31%) a été formé via une formation initiale. Le sentiment parmi les répondants d'avoir bénéficié d'une formation suffisante à la manœuvre de Couder était en moyenne de 4,65/10 ($\pm 3,08$). Les sages-femmes du secteur privé se sentaient significativement mieux formées que celles du secteur public.

La majorité des répondants (62,15%) avait le souhait d'une formation initiale plus approfondie et 60,48% d'une formation continue.

Ensuite, 70,28% pensaient que cela était plus pertinent d'enseigner la manœuvre de Couder lors d'une formation initiale. Parmi les raisons, 73,16% évoquaient le fait de l'apprendre afin de se sentir plus à l'aise pour la pratiquer. 72,03% de la population évoquaient le fait de se sentir plus à l'aise face à certaines situations cliniques et plus particulièrement les sages-femmes exerçant dans le secteur public ($p=0,03$).

Enfin, pour la population qui ne trouvait pas pertinent d'avoir une formation à cette manœuvre la première raison était qu'il n'y avait pas d'intérêt selon plus de la moitié d'entre eux (59,29%). Pour 42,48% des sages-femmes cela n'était pas pertinent car elles utilisaient une autre technique de protection périnéale, notamment pour ceux exerçant dans le secteur public comparé au secteur privé ($p=0,02$). Une autre raison évoquée par les sages-femmes du secteur public comparé à celles du secteur privé est les risques importants à cette pratique selon elles ($p=0,03$).

LIMITES, BIAIS ET FORCES DE L'ETUDE

Limites et biais de l'étude

Une des limites de cette étude pouvait être le taux d'exclusion et de non-inclusion assez élevé représentant 29,76% des répondants (367/1233). Nous pouvons supposer que notre texte d'approche, au début de notre questionnaire, n'était pas assez développé concernant les motifs d'inclusion dans notre étude. Ensuite, les questions ouvertes avec les réponses aux items « autres », pouvaient être difficiles à coder ou interpréter, limitant l'analyse quantitative.

Enfin, nous pouvons évoquer comme potentiel biais, celui de sélection. En effet, notre mode de recrutement dépendait des structures hospitalières, des conseils de l'ordre ainsi que des réseaux de périnatalité qui ont bien voulu diffuser notre questionnaire. Ainsi, une surreprésentation de certains territoires ou catégories professionnelles était possible, pouvant influencer les pratiques et les formations reçues dans nos résultats. Nous pouvons également discuter de la présence d'un biais de déclaration. En effet, il était possible qu'il y ait un écart entre la déclaration des participants dans notre questionnaire et leur réelle pratique professionnelle.

Forces

Premièrement, cette étude était la première étude nationale à évaluer simultanément les connaissances, la pratique et la formation reçue des sages-femmes sur la manœuvre de Couder. Ces résultats pourront donner un état des lieux fiable pour des futures études, recommandations de formation ou mise à jour des pratiques professionnelles.

Deuxièmement, une des forces de cette étude était qu'elle soit nationale. Elle semblait puissante au vu du nombre de participants à celle-ci (N=1233), soit 10,81% de la population source des sages-femmes hospitalières françaises, permettant d'avoir une fiabilité des réponses reçues ainsi qu'un échantillon diversifié. Cela permet également, au vu de la taille de l'échantillon, une analyse comparative des pratiques selon le secteur d'exercice des pratiquants, de la région d'exercice ou encore d'obtention du diplôme par exemple. De plus, le taux de participation des sages-femmes à cette étude par rapport à la population source était potentiellement sous-

estimé, puisqu'en effet toutes les sages-femmes de la population source ne pratiquaient pas en salle de naissances.

EXPLICATION DES RESULTATS OBTENUS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

Connaissances des participants

Tout d'abord, un tiers des sages-femmes (33,81%) pensaient que la manœuvre de Couder se pratiquait lors d'une dystocie des épaules, or cette manœuvre ne peut se faire que lorsque l'épaule antérieure est dégagée des voies génitales, ce qui n'est pas le cas lors d'une dystocie des épaules. D'autres indications concernant l'utilisation de la manœuvre de Couder avaient été évoquées dans l'item « autres » par les participants, comme une « *fausse dystocie des épaules* » ou « *lors d'une difficulté aux épaules* ». Ces deux items n'ont pas de définition propre car ils ne sont pas appropriés en obstétrique. Il était donc difficile pour nous d'interpréter leur pratique de la manœuvre dans ces deux indications. Nous pouvons nous interroger sur une confusion entre la manœuvre de Couder et la manœuvre de Jacquemier, celle-ci étant réalisée lors d'une dystocie des épaules.

Il a également été évoqué le fait de s'exercer à aller chercher le bras en attelle comme un entraînement à d'autres manœuvres pouvant le nécessiter, par exemple pour la manœuvre de Lovset lors d'une présentation podalique, selon une participante.

Concernant les risques évoqués dans notre étude, 28,18% de notre population pensaient à une augmentation de la paralysie du plexus brachial lors de la pratique de la manœuvre contre 13,00% dans une étude Grenobloise de 2020 auprès de 217 patientes. 68,94% évoquaient une augmentation de fractures de la clavicule ou de l'humérus dans notre étude contre 67,00% dans l'étude de Grenoble, ce qui est donc semblable à notre taux de réponse pour cet item. (13)

Pourtant, concernant les risques à cette manœuvre, aucune étude ne démontre la corrélation entre la pratique de la manœuvre de Couder et le risque de fracture de la clavicule ou de l'humérus. En effet, dans deux études,

auprès de 98 et 2930 patientes à Besançon et Grenoble entre 2012 et 2020, aucune fracture n'a été relevée après un examen pédiatrique. (7, 9)

Il est possible de faire le parallèle dans notre étude, avec 0,69% (6/866) des personnes interrogées qui pensaient qu'il n'y avait aucun risque à la pratique de cette manœuvre.

Enfin, selon Louis Couder ces deux risques existent mais seulement lorsque la manœuvre n'est pas bien réalisée *« Certes, en agissant trop vite, maladroitement ou avec violence, on pourrait produire des lésions telles que contusions, fracture de la clavicule ou de l'humérus, paralysie du plexus brachial. »* Selon lui, ces risques ne sont pas présents si *« on a soin : de ne pas se presser, de n'agir directement que sur des parties fœtales déjà sorties et, par conséquent, de ne pas introduire les doigts dans les voies génitales pour aller chercher le bras, de ne pas tirer avec le bras en crochet dans l'aisselle et de faire glisser le bras sur le tronc en le maintenant en contact avec lui jusqu'à ce que le coude soit dégagé »*. Enfin, pour lui, le seul inconvénient à cette manœuvre serait *« une certaine lenteur dans le 6ème temps [...] et elle me paraît contre-indiquée que dans un cas : la vie de l'enfant étant menacée à brève échéance, il faut achever l'extraction au plus vite. Alors le respect du périnée devient une considération de second ordre. »* (5)

Ces résultats suggèrent que le risque de fracture de la clavicule ou de l'humérus ainsi que de paralysie du plexus brachial sont des risques théoriques, car non retrouvés dans la littérature, et évoqués par monsieur Couder seulement si la manœuvre de Couder n'est pas bien effectuée.

Pratique des participants

Concernant les techniques de protection périnéale toujours utilisées par notre population interrogée. Tout d'abord, 62,27% de notre population utilisaient toujours le sondage vésical avant de débiter les efforts expulsifs comme protection périnéale alors qu'aucune réelle recommandation du CNGOF ou de la HAS n'est parue à ce sujet. Deuxièmement, la technique de flexion était pratiquée par 58,16% de notre population. Cette technique majoritaire est celle recommandée dans les lignes du CNGOF ainsi que dans

celles de la HAS. (1, 20) C'est également cette technique qui fait consensus dans la formation des professionnels. (15)

Parmi les participants interrogés, 0,12% de notre population a déclaré utiliser l'épisiotomie toujours et une autre l'utilisait souvent soit également 0,12% de notre population. Pourtant, selon les lignes du CNGOF « *Au cours d'un accouchement normal, la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de LOSA (grade A).* » (6)

Ensuite, selon l'étude déclarative lilloise de 2023, moins d'un tiers des professionnels (32,8%) réalisait toujours ou presque toujours la manœuvre de Couder. Si l'on considère uniquement la proportion des sages-femmes seniors de cette étude (N=46) correspondant aux sages-femmes diplômées exerçant dans le centre hospitalier étudié, on retrouve un taux de 26,1% pour la pratique toujours ou presque toujours et un taux de 54,3% pour la non pratique ou presque jamais. Dans notre étude menée nationalement (N=866), le taux de sages-femmes déclarant pratiquer toujours ou souvent la manœuvre de Couder était de 11,97%, soit moins de la moitié du taux rapporté dans l'étude lilloise. De même pour le taux de non pratique de cette manœuvre ou seulement occasionnellement qui est de 74,02% soit plus élevé que celui retrouvé dans l'étude sus citée. (11)

Les raisons évoquées pour lesquelles les sages-femmes ne pratiquaient pas ou peu la manœuvre de Couder dans l'étude lilloise étaient pour 72,00% de la population car elles pensaient que la pratique systématique n'était pas utile, 32,00% craignaient d'être délétère et 16,00% manquaient de connaissances. Dans notre étude, les principales raisons étaient l'absence de formation à cette manœuvre pour 47,28% soit plus que dans l'étude menée à Lille, aucun bénéfice observé pour 45,54% et une participation à la surmédicalisation de l'accouchement pour 34,90%. Ce ne sont donc pas les mêmes raisons principales qui ont été évoquées entre notre étude et celle lilloise. (11)

De plus, toujours au sein de cette étude menée à Lille, 39,10% se sentaient très à l'aise avec cette manœuvre contre 8,70% qui ne se sentaient pas du tout à l'aise. Comparé à notre étude, 26,68% se sentaient complètement à

l'aise et 1,20% pas du tout à l'aise. Soit un taux plus faible retrouvé dans notre étude pour ces deux items. (11)

Ces écarts pourraient s'expliquer par le caractère monocentrique de l'étude lilloise. En effet, selon nos résultats, il en ressort que la région des Hauts-de-France figure parmi celles où la pratique systématique et de formation à cette manœuvre sont les plus fréquentes. Cela pourrait refléter un cercle vertueux : une manœuvre davantage enseignée tend à être plus souvent pratiquée, cette pratique régulière favorise la diffusion entre professionnelles par le compagnonnage qui constitue un élément essentiel de la formation des sages-femmes. Ce même cercle vertueux pourrait être observé lorsqu'une politique de service est instaurée sur la pratique systématique de la manœuvre de Couder.

Une autre étude monocentrique, cette fois-ci grenobloise, a été menée en 2021 (N=30). Dans celle-ci, 13,00% des sages-femmes réalisaient la manœuvre de Couder systématiquement, 30,00% souvent et 17,00% jamais. Nous avons ces mêmes items dans notre questionnaire mais les taux ne sont pas comparables. Dans notre étude : 2,42% des sages-femmes pratiquaient toujours la manœuvre, 9,55% souvent et 48,85% jamais. Dans l'étude grenobloise 10,00% se sentaient très à l'aise lors de la réalisation de cette manœuvre, contre 26,68% dans notre étude, et 7,00% se sentaient très mal à l'aise contre 1,20% dans notre étude, soit encore une fois des taux non similaires pour ces deux items. (13)

Nous pouvons supposer que le taux relativement élevé de pratique de la manœuvre, contrastant avec le faible nombre de sages-femmes se déclarant à l'aise pour la réaliser, pourrait s'expliquer par l'existence de politiques de service hospitalier influençant les pratiques.

Les indications de l'utilisation de la manœuvre de Couder dans l'étude grenobloise étaient principalement un antécédent de LOSA pour 43,00% de la population, une distance ano-pubienne courte pour 43,00% et une suspicion de macrosomie fœtale pour 38,00%. Soit, des indications pour lesquelles le périnée est particulièrement sollicité lors de l'accouchement. Concernant notre population, 33,41% considéraient une suspicion de macrosomie comme une situation clinique propice à l'utilisation de la

manœuvre, taux semblable à celui de l'étude grenobloise, et 20,09% selon leur appréciation clinique d'un périnée tonique. Puis 20,91% la pratiquaient selon la position de la parturiente et 19,95% si la patiente disposait d'une analgésie péridurale, deux situations non évoquées dans l'étude de Grenoble. C'est seulement ensuite que nous retrouvons les antécédents de déchirure périnéale de la patiente avec 19,23%, soit la moitié du taux de l'étude comparative. (13)

Dans notre étude 97,70% des sages-femmes pratiquaient la manœuvre de Couder lorsque la position d'accouchement était en position gynécologique. Toujours selon cette étude grenobloise aucun participant n'avait considéré la manœuvre de Couder comme facile en position autre que gynécologique. (13)

Plusieurs possibilités pourraient expliquer cela. Premièrement, la manœuvre a été décrite par monsieur Couder pour être réalisée en position gynécologique *« j'ai choisi l'antérieur parce que, dans la position que l'on donne en France aux femmes qui accouchent, le plus habituellement le moignon de l'épaule antérieure a dépassé le bord inférieur de la symphyse avant que l'épaule postérieure se soit montrée ; et que c'est là une sorte de tendance à un dégagement plus complet. »*. (5)

De plus, selon l'enquête nationale périnatale de 2021, 93,90% des femmes avaient accouché en décubitus dorsal.

Nous pouvons donc supposer que les sages-femmes ont peu l'occasion de pratiquer la manœuvre de Couder dans une autre position que celle gynécologique, expliquant par conséquent ce taux élevé.

Ces différences de résultats entre notre étude et les études lilloise ainsi que grenobloise pourraient s'expliquer premièrement par la différence importante du nombre de populations entre les études, ainsi que le fait que ces deux études comparatives soient monocentriques comparées à la nôtre qui est multicentrique. Ces critères induisent donc que les populations lilloise et grenobloise de ces deux études ne peuvent pas être comparables à notre population nationale. De plus, les items proposés dans ces deux questionnaires ne sont pas strictement identiques aux nôtres et donc potentiellement non strictement comparables.

Concernant notre population pratiquant toujours la manœuvre de Couder dans notre étude (2,42%), 30,00% exerçaient en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 20,00% en Hauts-de-France. Ce sont également ces deux mêmes régions où ces participants ont majoritairement été diplômés. Ces deux régions majoritaires retrouvées n'étaient pas celles attendues, puisqu'en effet sur les neuf études de notre bibliographie concernant la manœuvre de Couder, seulement une seule a été menée dans la région des Hauts-de-France et les huit autres dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (Grenoble) et Bourgogne-Franche-Comté (Besançon), bien que le nombre de participants majoritaire de cette étude exerce en Auvergne-Rhône-Alpes.

De plus, parmi les personnes pratiquant toujours la manœuvre (2,42 %), une proportion significativement plus élevée appartenait au secteur privé par rapport au secteur public ($p = 0,03$). Cela pourrait être corrélé au fait que les professionnels du secteur privé avaient une activité supérieure à 75% en salle de naissance comparé à ceux du secteur public de façon significative ($p < 0,01$).

À propos de la population ayant répondu à la question sur les différentes situations cliniques pour lesquelles ils pratiquaient la manœuvre de Couder, 11,06% ont répondu en systématique. Pourtant ce que nous attendions de ce résultat était qu'il soit identique à l'item de la pratique « toujours » de la manœuvre de Couder (2,42%), ce qui n'est pas le cas ici. Nous pouvons nous interroger sur un manque de clarté dans les items ayant induit une mauvaise compréhension de ce qui était attendu.

Formation des participants

Tout d'abord, toujours selon l'étude lilloise sus-citée, 45,70% de leur population n'avaient pas été formé et 54,30% avaient eu une formation à la manœuvre de Couder, exclusivement grâce à une formation initiale. Dans notre étude, seulement 23,24% n'avaient jamais été formé à la manœuvre de Couder, soit moins que dans l'étude lilloise, et 70,31% avaient été formé via une formation initiale, soit un taux plus important que dans l'étude comparative. (11)

Une autre différence notable avec l'étude lilloise est que 47,80% de leur population considérait qu'une formation à cette manœuvre serait utile contre 86,24% de notre population. (11)

Nous nous sommes également penchés sur notre population qui pratiquait toujours la manœuvre de Couder. 75,00% d'entre elle avaient été formés par une formation initiale. La moyenne de l'échelle concernant leur sentiment de formation de cette population pratiquant toujours la manœuvre de Couder était de 8,9/10 soit un score élevé confortant leur satisfaction vis-à-vis de leur formation à cette manœuvre.

Concernant la population qui ne pratiquait jamais la manœuvre, 62,87% d'entre eux avaient bénéficié d'une formation initiale, 3,96% d'une formation continue. Parmi eux 68,32% avaient un score inférieur à 5 concernant leur sentiment d'une formation suffisante à cette manœuvre.

Parmi la population ayant un sentiment de formation avec une échelle inférieure à 5, 62,75% des répondants évoquaient le souhait d'une formation initiale plus approfondie, 60,13% le souhait via une formation continue et 90,53% souhaitaient les deux.

La manœuvre de Couder semble donc majoritairement enseignée dans les écoles de sages-femmes françaises (70,31%). Mais, la majorité des participants juge cette formation non suffisante (moyenne 4,65/10) avec un souhait d'une formation initiale plus approfondie (62,15%) et/ou le souhait d'une formation continue à ce sujet (60,48%). La majorité de notre population considérait également qu'une formation à cette manœuvre serait pertinente (86,24%).

De plus, nous pouvons supposer que pour pratiquer en systématique la manœuvre de Couder il faudrait recevoir une formation initiale satisfaisante. Selon le dernier arrêté du 11 février 2026 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique, aucune notion de technique de protection périnéale n'est évoquée. (21)

Nous avons également mis en évidence dans notre étude que la majorité des sages-femmes connaissait la manœuvre de Couder et déclarait se sentir plutôt à l'aise, bien que peu d'entre elles la pratiquaient. Nous pouvons penser qu'il est possible que leur formation initiale leur permette d'en

acquérir les connaissances et une certaine aisance théorique. Toutefois, le fait que beaucoup estiment que cette manœuvre nécessite des indications spécifiques pourrait expliquer la faible fréquence de sa pratique systématique. Par ailleurs, le manque de pratique régulière dans l'activité quotidienne peut entraîner une perte progressive de maîtrise du geste. Dans ce contexte, la mise en place de formations continues apparaît pertinente afin de maintenir et renforcer les compétences.

Pour finir, le Dr Couder évoquait l'intérêt de la formation pratique dans l'aisance des personnes lors de la réalisation de la manœuvre : « *Cette manœuvre est facile à exécuter, et dans le service de M. Budin, tous les élèves auxquels je l'ai montrée savent la faire* ». (5)

Bénéfices de la manœuvre

A plusieurs reprises dans notre questionnaire, les sages-femmes ont souligné l'absence d'études scientifiques démontrant les bénéfices de la pratique de la manœuvre de Couder (3,35%). Effectivement, seules quatre études françaises sur le sujet rapportent les bénéfices de la manœuvre de Couder concernant les lésions périnéales avec des différences significatives entre les groupes exposés à la manœuvre et ceux non exposés.

Tout d'abord, selon cette première étude comparative entre deux cohortes de Besançon, entre 2009 et 2017 (N=2081), sur des primipares accouchant par voie basse en présentation céphalique à terme, a permis de démontrer que la manœuvre de Couder pourrait réduire significativement les déchirures périnéales du 2^{ème} degré $p < 0,001$ (18% contre 11%). Une augmentation des périnées intacts avait été également retrouvée significativement $p < 0,001$ (55% contre 63%) et une différence non significative concernant le taux de LOSA ($p = 0,7$). Ces bénéfices ont été significatifs avec un taux de réalisation de la manœuvre de Couder de 59% pour la cohorte y étant exposée. (8)

Ensuite, selon cette deuxième étude comparative plus ancienne réalisée entre 2012 et 2013 à Besançon, toujours sur des nullipares accouchant voie basse en présentation céphalique à terme (N=199), une diminution significative des déchirures du deuxième degré a été démontrée $p < 0,001$ (29,6% cohorte témoin contre 8,9% cohorte exposée à la manœuvre).

Cependant dans cette étude, il n'y a pas de différence significative démontrée concernant les périnées intacts. (7)

Puis, une étude comparative avant et après l'introduction de la pratique de la manœuvre de Couder entre 2017 et 2020 à Grenoble (N=2930) démontre également une diminution significative des déchirures du deuxième degré $p < 0,05$. Une augmentation significative des périnées intacts $p < 0,01$ est constatée ainsi qu'un taux stable entre les deux cohortes concernant les LOSA. Ces bénéfices ont été évoqués dans un établissement avec un taux de pratique de la manœuvre à 32,12%. (9)

Une autre étude menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude d'une étudiante sage-femme démontre également ces bénéfices. Cette étude est une enquête de pratique monocentrique et rétrospective au centre hospitalier de Grenoble entre 2017 et 2020 (N=2 930). Les résultats de cette étude sont un taux de pratique de la manœuvre de Couder de 32,12 % en 2020 ainsi qu'une diminution significative des déchirures du deuxième degré ($p < 0,05$) et une augmentation significative des périnées intacts ($p < 0,001$). (10)

Enfin, afin de nuancer les bénéfices une étude comparative menée lors d'un mémoire d'une étudiante sage-femme en 2021 et 2022 à Grenoble (N=359) n'a pas retrouvé de différence significative concernant les lésions périnéales du deuxième degré ($p=0,994$) malgré une réalisation de la manœuvre dans 42% des cas. Dans cette étude, des biais d'information, de déclaration et de mesure sont évoqués ayant pu influencer les résultats de cette étude. (12)

Pour conclure, en effet, peu d'études abordent le sujet de la manœuvre de Couder, mais parmi elles la majorité démontre des bénéfices non négligeables concernant principalement les lésions périnéales du deuxième degré. Il serait donc intéressant de réaliser une étude multicentrique sur ce sujet, afin de continuer à explorer les bénéfices de cette manœuvre. Il serait également intéressant d'envisager une ronde de DELPHI afin d'obtenir un avis d'experts ou des recommandations pour cette pratique.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif principal de dresser un état des lieux des pratiques de la manœuvre de Couder par les sages-femmes, ainsi que de décrire leurs connaissances et les formations reçues et souhaitées à propos de cette manœuvre. L'objectif secondaire était de savoir s'il y avait une différence de pratique des professionnels selon s'ils exerçaient dans le secteur public ou privé.

Dans notre étude nationale, la majorité des sages-femmes connaissait la définition de la manœuvre de Couder, son indication ou ses bénéfices grâce à leur formation initiale, qui en est le principal vecteur.

Pourtant, la pratique systématique de cette manœuvre reste rare malgré des bénéfices démontrés dans les études sus-citées. Cette discordance semble principalement liée à une formation jugée insuffisante par les participants, ainsi qu'à un manque de confiance dans l'intérêt clinique de la manœuvre.

De plus, ces résultats confirment que malgré une formation théorique le transfert vers la pratique reste limité et qu'il existe des différences entre secteurs public et privé soulignant l'impact de l'environnement institutionnel sur les pratiques.

Toutefois, cette étude repose sur des auto-questionnaires déclaratifs susceptibles de limiter la généralisation des résultats.

Il serait pertinent de renforcer la formation initiale ou de proposer des formations continues sur cette manœuvre notamment par le biais de formation par la pratique ou de séances de simulation, afin de faire davantage connaître cette manœuvre et sa pratique pour permettre un libre choix de pratique des professionnels. Il serait également intéressant de cibler les structures n'ayant pas ou peu répondu à cette étude afin de connaître leurs connaissances, pratiques et souhaits de formation sur cette manœuvre.

Enfin, il semble important de continuer à enrichir la littérature sur ce sujet afin d'apporter un socle solide de connaissances sur la manœuvre de Couder.

ANNEXES

ANNEXE 1

Auto-questionnaire rédigé via Lime Survey à destination des sages-femmes hospitalières.

Etat des lieux de la pratique par les sages-femmes françaises de la manœuvre de Couder.

Bonjour Madame, Monsieur,

Je m'appelle Marion Lulé, et je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre d'un projet de mémoire je souhaite réaliser une étude sur la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes françaises.

Le questionnaire suivant a pour objectif de faire un état des lieux de la pratique des sages-femmes hospitalières concernant la manœuvre de Couder, ainsi que de décrire les connaissances, la formation et les besoins des sages-femmes concernant cette manœuvre.

Le questionnaire est anonyme, aucune donnée personnelle ne vous sera demandée.

Concernant les modalités pratiques du questionnaire : Il se compose de 29 questions dont la plupart nécessitent une réponse obligatoire. Certaines questions peuvent donner lieu à des réponses multiples. La durée approximative pour répondre à l'ensemble des questions est de 15 minutes.

Merci infiniment d'avance pour votre participation. Je reste à votre disposition si vous souhaitez plus de renseignements ou si vous rencontrez un souci technique pour le remplissage du questionnaire.

Lulé Marion ESF

marion.lule@etud.univ-angers.fr

Il y a 29 questions dans ce questionnaire.

A propos de vous :

Êtes-vous : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme
- Ne souhaite pas de prononcer
- Autre

Quel âge avez-vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <25 ans
- 25 ans - 35 ans
- 36 ans - 45 ans
- 46 ans - 55 ans
- >56 ans

Êtes-vous actuellement en activité ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 1 an
- 1 an - 5 ans
- 6 ans - 15 ans

- > 15 ans

De quelle université/école de sage-femme êtes-vous diplômé(e) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- | | | |
|--------------------|--------------------|--|
| • Amiens | • Lyon | • Rouen |
| • Angers | • Marseille | • Saint Antoine |
| • Besançon | • méditerranée | • Saint Denis de la Réunion |
| • Bordeaux | • Metz P. Morlanne | • Strasbourg |
| • Bourg en Bresse | • Montpellier | • Suresnes |
| • Brest | • Nancy | • Toulouse |
| • Bourgogne | • Nantes | • Tours |
| • Caen | • Nice | • Versailles Saint Quentin en Yvelines |
| • Clermont-Ferrand | • Nîmes | • Diplômé(e) en dehors de la France |
| • Dijon | • Papeete | • Autre |
| • Fort de France | • Paris | |
| • Grenoble | • Baudelocque | |
| • Lille | • Poitiers | |
| • Limoges | • Reims | |
| | • Rennes | |

Dans quel département exercez-vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • Ain (01) | • Hérault (34) | • Pyrénées-Orientales (66) |
| • Aisne (02) | • Ille-et-Vilaine (35) | • Bas-Rhin (67) |
| • Allier (03) | • Indre (36) | • Haut-Rhin (68) |
| • Alpes-de-Haute-Provence (04) | • Indre-et-Loire (37) | • Rhône (69) |
| • Hautes-Alpes (05) | • Isère (38) | • Haute-Saône (70) |
| • Alpes-Maritimes (06) | • Jura (39) | • Saône-et-Loire (71) |
| • Ardèche (07) | • Landes (40) | • Sarthe (72) |
| • Ardennes (08) | • Loir-et-Cher (41) | • Savoie (73) |
| • Ariège (09) | • Loire (42) | • Haute-Savoie (74) |
| • Aube (10) | • Haute-Loire (43) | • Paris (75) |
| • Aude (11) | • Loire-Atlantique (44) | • Seine-Maritime (76) |
| • Aveyron (12) | • Loiret (45) | • Seine-et-Marne (77) |
| • Bouches-du-Rhône (13) | • Lot (46) | • Yvelines (78) |
| • Calvados (14) | • Lot-et-Garonne (47) | • Deux-Sèvres (79) |
| • Cantal (15) | • Lozère (48) | • Somme (80) |
| • Charente (16) | • Maine-et-Loire (49) | • Tarn (81) |
| • Charente-Maritime (17) | • Manche (50) | • Tarn-et-Garonne (82) |
| • Cher (18) | • Marne (51) | • Var (83) |
| • Corrèze (19) | • Haute-Marne (52) | • Vaucluse (84) |
| • Corse-du-Sud (2A) | • Mayenne (53) | • Vendée (85) |
| • Haute-Corse (2B) | • Meurthe-et-Moselle (54) | • Vienne (86) |
| • Côte-d'Or (21) | • Meuse (55) | • Haute-Vienne (87) |
| • Côtes-d'Armor (22) | • Morbihan (56) | • Vosges (88) |
| • Creuse (23) | • Moselle (57) | • Yonne (89) |
| • Dordogne (24) | • Nièvre (58) | • Territoire de Belfort (90) |
| • Doubs (25) | • Nord (59) | • Essonne (91) |
| • Drôme (26) | • Oise (60) | • Hauts-de-Seine (92) |
| • Eure (27) | • Orne (61) | • Seine-Saint-Denis (93) |
| • Eure-et-Loir (28) | • Pas-de-Calais (62) | • Val-de-Marne (94) |
| • Finistère (29) | • Puy-de-Dôme (63) | • Val-d'Oise (95) |
| • Gard (30) | • Pyrénées-Atlantiques (64) | |
| • Haute-Garonne (31) | • Hautes-Pyrénées (65) | |

- Guadeloupe (971)
- Martinique (972)
- Guyane (973)
- La Réunion (974)
- Mayotte (976)
- En dehors de la France

Quel est le niveau de la maternité dans laquelle vous-exercez ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Niveau 1
- Niveau 2 a
- Niveau 2 b
- Niveau 3
- Maison de naissances
- Autre

Exercez-vous dans le secteur : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Public
- Privé
- Autre

Actuellement exercez-vous en salle de naissance ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- < 25% de votre activité
- 50% - 75% de votre activité
- > 75% de votre activité

Depuis combien de temps n'avez-vous pas exercer en salle de naissance ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Jamais' à la question ' [G00Q08]' (Actuellement exercez-vous en salle de naissance ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 1 an
- > 1 an

Vos connaissances sur la manœuvre de Couder :

Connaissez-vous la manœuvre de Couder ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, je connais la théorie
- Oui, j'en ai déjà entendu parler
- Non

Selon vous, en quoi consiste cette manœuvre ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui, j'en ai déjà entendu parler' ou 'Oui, je connais la théorie' à la question ' [G01Q09]' (Connaissez-vous la manœuvre de Couder ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Lorsque l'épaule antérieure et postérieure ne sont pas engagées, introduire sa main sous la tête fœtale, saisir la main fœtale du bras postérieur et effectuer une rotation vers le bas pour dégager le bras en dehors des voies génitales.
- Lorsque l'épaule postérieure n'est pas engagée, introduire sa main sous la tête fœtale, prendre en crochet l'aisselle de l'épaule postérieure, d'arrière en avant entre le pouce et l'index. Pousser l'épaule en avant et vers le bas, afin de l'amener sous la symphyse où celle-ci s'engage puis se dégage.
- Lorsque l'épaule antérieure est dégagée, abaisser le bras antérieur en dehors des voies génitales grâce aux deux doigts placés en attelle.
- Contrôler la déflexion de la tête fœtale une main à plat sur le sommet, l'autre maintenant exercer au travers du périnée une pression sur l'ensellure nasale ou le menton afin de dégager progressivement la tête fœtale.

Selon vous, quelle(s) est ou sont là ou les indication(s) à pratiquer la manœuvre de couder ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui, j'en ai déjà entendu parler' ou 'Oui, je connais la théorie' à la question ' [G01Q09]' (Connaissez-vous la manœuvre de Couder ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Réduction d'une dystocie des épaules
- Protection périnéale
- Autre :

Selon vous quels sont les bénéfices de cette manœuvre ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Diminution des déchirures périnéales du 1er degré (déchirures superficielles)
- Diminution des déchirures périnéales du 2ème degré
- Diminution des déchirures périnéales du 3ème degré
- Diminution des déchirures périnéales du 4ème degré
- Augmentation des périnées intactes
- Diminution du taux épisiotomie
- Autre :

La Manoeuvre de Couder consiste en l'abaissement du bras antérieur en le dirigeant grâce aux deux doigts placés en attelle, permettant ainsi de réduire le diamètre bi-acromial de 13cm en diamètre acromio-thoracique de 10cm.

Selon vous existe-t-il des risques de cette manœuvre ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Lésions du périnée postérieur
- Lésions du périnée antérieur
- Fractures de la clavicule/humérus
- Lésions du plexus brachial
- Autre :

Votre pratique professionnelle :

Lors d'un accouchement physiologique quelle(s) technique(s) de protection périnéale utilisez-vous ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Selon la situation clinique	Je ne connais pas cette technique
Le maintien de la tête fœtale avec une main (« technique déflexion »)						
Le positionnement d'une main sur le périnée postérieur						
L'utilisation de compresses chaudes sur le périnée pendant le travail ou l'accouchement						
Le massage périnéal						
L'épisiotomie médio latérale						
La manœuvre de Couder (dégagement du bras antérieur)						
Le sondage vésical avant de débiter les efforts expulsif						
Des mouvements numériques pendulaires (pratiquer des « allers-retours » répétés avec un ou plusieurs doigts sur le périnée postérieur lors de la phase d'expulsion pour « stimuler » la perception maternelle de l'envie de pousser)						
La manœuvre de Ritgen (pratiquée entre 2 contractions utérines avec 2 doigts placés						

derrière l'anus appliquant une pression vers l'avant et vers le haut sur le front au travers du périnée)						
---	--	--	--	--	--	--

Utilisez-vous d'autres techniques de protection périnéale lors d'un accouchement physiologique ?
(Autres que les propositions présentes dans le tableau ci-dessus)

Veuillez écrire votre réponse ici :

.....

Pour quelles raisons ne pratiquez-vous jamais la manœuvre de Couder ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Jamais' à la question ' [G03Q12]' (Lors d'un accouchement physiologique quelle(s) technique(s) de protection périnéale utilisez-vous ? (La manœuvre de Couder (dégagement du bras antérieur)))

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je n'ai pas été formé
- Je n'ai pas observé de bénéfices à la réalisation de cette manœuvre
- J'ai observé plus d'aspects négatifs que bénéfiques à la pratique de cette manœuvre
- Je trouve que cela participe à une surmédicalisation de l'accouchement
- Autre :

Dans quelles situations cliniques pratiquez-vous la manœuvre de Couder ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Souvent' ou 'Selon la situation clinique' ou 'Toujours' ou 'Occasionnellement' à la question ' [G03Q12]' (Lors d'un accouchement physiologique quelle(s) technique(s) de protection périnéale utilisez-vous ? (La manœuvre de Couder (dégagement du bras antérieur)))

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- De façon systématique
- Bébé annoncé macrosome
- Antécédent de macrosomie
- Dans un contexte de diabète gestationnel
- Primipare
- Multipare
- Selon la variété de présentation de la tête fœtale autre qu'en occipito pubien
- Selon une appréciation clinique d'un petit bassin
- Selon une appréciation clinique d'un périnée manquant de souplesse
- Selon les antécédents de déchirure périnéale de la femme
- Un âge maternel élevé
- Une phase active longue
- Selon l'IMC de la patiente
- Selon le phototype (type de peau) de la patiente
- Si la patiente à une anesthésie péridurale
- Selon la position d'accouchement de la patiente
- Autre :

Dans quelles positions d'accouchement de la patiente, pratiquez-vous la manœuvre de Couder ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Toujours' ou 'Selon la situation clinique' ou 'Souvent' ou 'Occasionnellement' à la question ' [G03Q12]' (Lors d'un accouchement physiologique quelle(s) technique(s) de protection périnéale utilisez-vous ? (La manœuvre de Couder (dégagement du bras antérieur))) et La réponse était à la question ' [G03Q14]' (Dans quelles situations cliniques pratiquez-vous la manœuvre de Couder ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En position gynécologique
- A 4 pattes
- En décubitus latéral
- Autre :

Vous sentez-vous à l'aise lorsque vous pratiquez cette manœuvre ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Selon la situation clinique' ou 'Toujours' ou 'Souvent' ou 'Occasionnellement' à la question ' [G03Q12]' (Lors d'un accouchement physiologique quelle(s) technique(s) de protection périnéale utilisez-vous ? (La manœuvre de Couder (dégagement du bras antérieur)))

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Complètement à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Moyennement à l'aise

- Pas du tout à l'aise
- Autre

Votre formation à cette manœuvre :

Comment avez-vous appris cette manœuvre ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Lors de ma formation initiale
- Lors d'une formation continue
- Par des collègues
- Par mes propres moyens (e-learning, documentation obstétricale...)
- Je n'ai pas été formé(e)
- Autre :

Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1 pas assez formé - 10 très bien formé) *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- | | |
|-----|------|
| • 1 | • 6 |
| • 2 | • 7 |
| • 3 | • 8 |
| • 4 | • 9 |
| • 5 | • 10 |

Auriez-vous aimé être d'avantage formé(e) à cette manœuvre lors de votre formation initiale ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ??) et La réponse était '1' ou '2' ou '3' ou '4' ou '5' à la question '[G01Q19]' (Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1 pas assez formé - 10 très bien formé))

----- ou Scenario 2 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était '5' ou '4' ou '3' ou '2' ou '1' à la question ' [G01Q19]' (Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1 pas assez formé -10 très bien formé))

----- ou Scenario 3 -----La réponse n'était PAS à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?)

----- ou Scenario 7 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était '5' ou '4' ou '3' ou '2' ou '1' à la question ' [G01Q19]' (Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1pas assez formé - 10 très bien formé))

----- ou Scenario 8 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était '3' ou '2' ou '1' ou '5' ou '4' à la question '[G01Q19]' (Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1 pas assez formé - 10 très bien formé))

----- ou Scenario 9 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était '5' ou '4' ou '3' ou '2' ou '1' à la question '[G01Q19]' (Vous sentez-vous assez formé(e) concernant cette manœuvre ? (1 pas assez formé - 10 très bien formé))

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Aimeriez-vous être formé(e) à cette manœuvre lors de votre formation continue ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?)

----- ou Scenario 2 -----La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?)

----- ou Scenario 3 -----La réponse n'était PAS à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse n'était PAS à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?)

----- ou Scenario 4 -----La réponse n'était PAS à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse n'était PAS à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?) et La réponse était à la question ' [G04Q18]' (Comment avez-vous appris cette manœuvre ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Selon vous est ce pertinent de proposer une formation initiale lors des études ou une formation continue pour l'apprentissage de cette manœuvre ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, via une formation initiale
- Oui, via une formation continue
- Non

Pourquoi cela vous semble-t-il pertinent ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui, via une formation initiale' ou 'Oui, via une formation continue' à la question ' [G01Q22]' (Selon vous est ce pertinent de proposer une formation initiale lors des études ou une formation continue pour l'apprentissage de cette manœuvre ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pour se sentir plus à l'aise à la pratique de cette manœuvre
 - Pour diversifier sa ou ses pratiques de protection périnéale
 - Pour se sentir plus à l'aise face à certaines situations cliniques
- Autre :

Pourquoi cela ne vous semble-t-il pas pertinent ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question ' [G01Q22]' (Selon vous est ce pertinent de proposer une formation initiale lors des études ou une formation continue pour l'apprentissage de cette manœuvre ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- J'utilise une autre technique de protection périnéale qui convient à ma pratique
- Je pense qu'il y a trop de risques liés à cette pratique
- Je n'ai pas vu de bénéfices en la pratiquant
- Je n'en vois pas l'intérêt
- Autre :

Fin du questionnaire

Merci à vous d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Cette dernière question est un espace pour un commentaire libre si vous en avez.

Vous pouvez me contacter via mon adresse mail marion.lule@etud.univ-angers.fr

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci à vous d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Lulé Marion ESF, marion.lule@etud.univ-angers.fr

ANNEXE 2

Avis du comité d'éthique du CHU d'Angers.



Comité d'Ethique CHU d'Angers

comite-ethique@chu-angers.fr

COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 19 mai 2025

Présidente :
Aurore Armand

Marion LULE
Laure CHOUTEAU
Béatrice PIERROT

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Membres du Comité d'Ethique
Recherche Local restreint :
Alexis D'Escatha
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Frédéric Noublanche
Clotilde Rouge-Maillart

Membres du Comité d'Ethique :
Françoise Ballereau
Anne Barrio
Aude Baudouin-Gaillaud
William Bellanger
Laurence Boivin
Mathilde Charpentier
Victor Couratier
Emmanuelle Courtillie
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Aurore Gaudin (Boudeau)
Catherine Guillet
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothee Laurent
Dewi Le Gal
Jérôme Maitre
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Mylène Piron
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Chères Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 14/05/2025 votre étude « *Etat des lieux de la pratique par les sages-femmes françaises de la manœuvre de Couder.* », enregistrée sous le numéro 2025-126.

Après examen des documents transmis, audition des rapporteurs et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chères Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Astrid DARSONVAL
Vice-présidente du Comité d'éthique

CHU Angers
4, rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9

BIBLIOGRAPHIE

1. G. Ducarme, X. Fritel, A.C. Pizzoferrato, R. de Tayrac, C. Schantz, T. Thubert, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. Elsevier Masson ; 1 déc 2018 ;46(1) :893-9.
2. Mme Lachapelle. Pratique des accouchements ou mémoires, et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art. Vol. tome n°1. J-B Baillière librairie ; 1821. 524 p.
3. Mme Lachapelle. Pratique des accouchements ou mémoires, et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art. Vol. tome n°2. J-B Baillière librairie ; 1821. 508 p.
4. Mme Lachapelle. Pratique des accouchements ou mémoires, et observations choisies, sur les points les plus importants de l'art. Vol. tome n°3. J-B Baillière librairie ; 1821. 544 p.
5. Couder L. De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête : thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 5 mars 1891, à 1 heure [En ligne]. Paris : G. Steinheil ; 1891 [cité le 15 sept 2024]. 53 p. Disponible : http://archive.org/details/BIUSante_TPAR1891x146
6. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):937-47.
7. Mottet N, Bonneaud M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Riethmuller D. Active delivery of the anterior arm and incidence of second-degree perineal tears: a clinical practice evaluation. BMC Pregnancy Childbirth. 12 mai 2017;17(1):141.
8. Forey PL, Lallemand M, Bourtembourg-Matras A, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Riethmuller D, et al. Impact of a selective use of episiotomy combined with Couder's maneuver for the perineal protection. Arch Gynecol Obstet. 1 juill 2020 ;302(1) :77-83.
9. Forey PL, Soulier C, Curtelin C, Curto L, Préaubert L, Hoffmann P, et al. Introduction de la manœuvre de Couder et évolution des lésions périnéales. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 oct 2022 ;50(10) :645-9.

10. Clémence Soulier. Manœuvre de Couder et lésions périnéales : une enquête descriptive rétrospective des pratiques professionnelles au Centre hospitalo-universitaire de Grenoble Alpes, en ligne]. U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE : UNIVERSITE GRENOBLE ; 2021 [cité le 15 sept 2024]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327479v1/document>
11. M. Peroz, C. Garabedian, D. Subtil, L. Ghesquière, L. Pouypoudat, V. Lehembre, et al. Manœuvre de Couder. Connaissances et pratiques dans une maternité universitaire française. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. Elsevier Masson ; 1 janv 2023 ;51(1) :35-40.
12. Arrivé A. Quel est l'impact de la manoeuvre de Couder sur le périnée antérieur ? Étude rétrospective au CHU de Grenoble Alpes [mémoire DE SF, en ligne]. CHU de Grenoble Alpes : Grenoble ; 2022 [cité le 15 sept 2024]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03941754/document>
13. Carron M. Réalisation de la manoeuvre de Couder dans la pratique des sages-femmes à la maternité du centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes : étude transversale rétrospective accompagnée d'une enquête de pratique déclarative des sages-femmes [mémoire DE SF, en ligne]. CHU de Grenoble Alpes : Grenoble ; 2021 [cité le 15 sept 2024]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321312>
14. Hulot G, Ramanah R, Riethmuller D, Mottet N. The impact of active delivery of the anterior arm during vacuum-assisted vaginal delivery on perineal tears: a clinical practice evaluation. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. oct 2020;33(19):3308-12.
15. de Tayrac R, Carligny L, Zimmerman R, Huberlant S, Letouzey V. Quelles mesures de protection périnéale à l'accouchement sont consensuelles en France ? Résultats d'une enquête Delphi. Prog En Urol. 1 juin 2017;27(7):413-23.
16. Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Firsthand versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. mars 2021;34(6):993-1001.
17. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine: Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. [En ligne]. Inserm ; oct 2022. Disponible : <https://cress-umr1153.fr/wp->

content/uploads/2023/09/epope_ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf

18. collaboration entre sociétés savantes, associations professionnelles et groupe de travail. Référentiel professionnel, situations cliniques et compétences. [Cité le 2 janv 2025] ; Disponible :: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Referentiel.pdf>
19. Forey PL, Riethmuller D. Impact of a Couder [StQuote]s maneuver for the perineal protection. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 févr 2024 ;293 :87.
20. Haute Autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales ; Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2017 ; Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
21. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 11 février 2026 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en maïeutique [En ligne]. NOR : ESR52535907A 11 févr 2026. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053510306>

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Flow-chart.....	13
----------------------------	----

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population incluse.....	14
Tableau 2 : Connaissances des sages-femmes sur la manœuvre de Couder.....	15
Tableau 3 : Pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes	18
Tableau 4 : Formation et besoin des sages-femmes concernant la manœuvre de Couder.....	21

RESUME

Etat des lieux de la pratique de la manœuvre de Couder par les sages-femmes françaises exerçant en salle de naissance de maternité publique et privée.

Introduction : Une augmentation des déchirures périnéales en France a été constatée en 2021, bien que leur prévention soit une des priorités pour les professionnels de santé. Selon le CNGOF, la manœuvre de Couder semble intéressante pour réduire les déchirures périnéales du deuxième degré (NP3).

Objectifs : Dresser un état des lieux des pratiques de la manœuvre par les sages-femmes, de leurs connaissances et les formations reçues et souhaitées. Secondairement évaluer l'impact du secteur d'exercice sur ces pratiques.

Matériels et méthodes : Evaluation nationale de la pratique professionnelle des sages-femmes hospitalières françaises exerçant depuis plus d'un an en salle de naissance dans une maternité du secteur public ou privé et ayant été diplômées en France. Etude par auto-questionnaire déclaratif du 7 juillet 2025 au 21 octobre 2025.

Résultats : Le taux de participation était de 7,59%. 92,38% des participants connaissaient la définition de la manœuvre, 77,98% son indication pour la protection périnéale et 50,52% ses bénéfices. La formation initiale constituait le principal vecteur de ces connaissances (70,31%). Cependant, la pratique systématique restait rare (2,42%) et semblait influencée par l'environnement institutionnel. Cela pourrait s'expliquer par une formation jugée insuffisante (moyenne de 4,65/10) associée à un besoin de formation complémentaire.

Conclusion : Cette première évaluation nationale sur la manœuvre de Couder met en évidence un décalage entre connaissances et pratique et souligne l'importance d'une formation initiale approfondie et continue.

Mots-clefs : Manœuvre de Couder ; sages-femmes ; pratique professionnelle ; connaissances ; formation ; lésions périnéales

ABSTRACT

State of Practice of the Couder Maneuver by French Midwives Working in Public and Private Maternity Delivery Rooms.

Introduction: An increase in perineal tears was observed in France in 2021, despite their prevention being a priority for healthcare professionals. According to the CNGOF, the Couder maneuver appears to be promising in reducing second-degree perineal tears (NP3).

Objectives: To provide an overview of midwives' practices regarding the maneuver, their knowledge, and the training they have received or wish to receive. Secondly, to assess the impact of the work setting on these practices.

Materials and Methods: National evaluation of professional practice among French hospital midwives who have been working for more than one year in a delivery room of a public or private maternity ward and who were trained in France. The study was conducted using a self-administered questionnaire from July 7, 2025, to October 21, 2025.

Results: The participation rate was 7.59%. Among respondents, 92.38% knew the definition of the maneuver, 77.98% knew its indication for perineal protection, and 50.52% were aware of its benefits. Initial training was the main source of this knowledge (70.31%). However, systematic practice remained rare (2.42%) and appeared to be influenced by the institutional environment. This could be explained by perceived insufficient training (average score of 4.65/10) combined with a need for additional training.

Conclusion: This first national evaluation of the Couder maneuver highlights a gap between knowledge and practice and underscores the importance of comprehensive initial and ongoing training.

Keywords: Couder maneuver; midwives; professional practice; knowledge; training; perineal injuries