



HAL
open science

Satisfaction maternelle et mode d'accouchement

Julie Chauvin

► **To cite this version:**

Julie Chauvin. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00563944

HAL Id: dumas-00563944

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00563944v1>

Submitted on 7 Feb 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

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

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

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

Liens

**Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10**



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE
Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement
le : 14 Avril 2010

par

Julie CHAUVIN

Née le 29 Octobre 1986

**Satisfaction maternelle et mode
d'accouchement**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme LE RAY Camille

Gynécologue obstétricien, Port-Royal

GUIDE DU MEMOIRE :
Mme MESNIL-GASPAROVIC Nicole

Sage-femme formatrice

N° du mémoire : 2010PA05MA09

Satisfaction maternelle et mode d'accouchement

Remerciements

Je tiens à remercier :

- ◇ Ma directrice de mémoire, Madame Camille LE RAY pour son aide dans la réalisation de ce mémoire.
- ◇ Ma guidante de mémoire, Madame Nicole MESNIL-GASPAROVIC pour ses conseils et son aide.

Parce qu'ils ont su m'encourager, me soutenir et croire en moi, un grand merci à :

- ◇ Mes parents et ma famille qui ont toujours été présents et m'ont toujours soutenue
- ◇ Mes amies, Camille, Delphine, Emilie, Réana, Véronique... et les autres pour leur présence, leur écoute, leur aide et leur soutien au cours de ces 4 années et qui m'ont permis d'en arriver là
- ◇ Adrien, pour sa présence, son soutien et sa patience.

Résumé

Contexte : En santé, la satisfaction est un indicateur de la qualité des soins. C'est pour cette raison que l'évaluation de la satisfaction des patientes est devenue une obligation réglementaire. Mais l'obstétrique est une spécialité où les nombreuses attentes des parents et l'urgence des interventions peuvent parfois se heurter. **Buts :** Ce travail a pour but d'identifier les différents facteurs obstétricaux influençant la satisfaction des femmes, et notamment l'impact d'une extraction instrumentale. Nous recherchons également si la satisfaction des patientes pourrait être augmentée en modifiant certains de ces facteurs, notamment l'accompagnement de la sage-femme. **Méthode :** Nous avons mené une étude prospective de type comparatif exposés-non exposés à la maternité Port Royal de Juin à Octobre 2009, à l'aide d'un questionnaire issu partiellement du *Labour Agency Scale* et d'un recueil de données sur le dossier médical. **Résultats :** Les patientes ayant eu une extraction instrumentale sont significativement moins satisfaites que celles ayant accouché par voie basse spontanée. Un déclenchement artificiel du travail et la survenue d'une hémorragie du post-partum diminuent également la satisfaction. Nous observons une corrélation entre accompagnement de la sage-femme et satisfaction quel que soit le mode d'accouchement, mais nous constatons également un manque important d'informations en cas d'extraction instrumentale : 35% ne connaissent pas le motif d'extraction instrumentale et aucune patiente n'a rediscuté de ce motif en post-partum avec la sage-femme ou le médecin. **Conclusion :** Les facteurs obstétricaux influençant la satisfaction ne sont pas modifiables. Mais l'accompagnement et l'information sont des facteurs modifiables, montrant ainsi le rôle important que peut jouer la sage-femme même en cas d'extraction instrumentale.

Mots-clés : Satisfaction ; Extraction instrumentale ; Accompagnement

Abstract

Background : For health, satisfaction is an indicator of quality care. That's why patient's satisfaction evaluation became a regulatory requirement. But obstetric is a speciality where parent's expectations and interventions in emergency cannot always cohabit. **Aims :** We do this work to identify the obstetrical factors which influence women satisfaction, including the impact of instrumental vaginal delivery. We search how patient's satisfaction could be increased if we change some of those factors, including the midwife support. **Method :** We conducted a prospective comparative study type of exposed-unexposed at Port-Royal maternity during June to October 2009, using a test partially issued from *Labour Agency Scale* and a report of data on the medical record. **Results :** After instrumental vaginal delivery, women are significantly less satisfied than women after spontaneous vaginal delivery. Induction and post partum haemorrhage reduce patient's satisfaction too. We measure a correlation between midwife support and satisfaction whatever the mode of delivery, but we observe an important lack of information in case of instrumental vaginal delivery: 35% of women don't know the indication of instrumental vaginal delivery and this indication were never explain in post partum by the doctor or the midwife. **Conclusion :** The obstetric variables influencing patients satisfaction can't be modified, but the support and the information can be modified, showing the important role which the midwife can have.

Keywords: Satisfaction ; Instrumental vaginal delivery ; Support

Sommaire

Introduction	1
<u>Première partie : Données de la littérature</u>	3
I- <u>La satisfaction</u>	4
1) Définitions	4
2) Exemples de questionnaires d'évaluation de la satisfaction en périnatalité	5
3) Les déterminants de la satisfaction maternelle pendant l'accouchement	7
II- <u>Les extractions instrumentales</u>	8
1) Epidémiologie	8
2) Indications des extractions instrumentales	9
3) Complications des extractions instrumentales	10
a. Complications maternelles	10
b. Complications néonatales	11
<u>Deuxième partie : Méthode et résultats</u>	14
I- <u>Objectifs et hypothèses</u>	15
II- <u>Matériel et méthode</u>	15
III- <u>Résultats</u>	18
1) Description de la population et des complications	18
2) Satisfaction globale	20
3) Ressenti de l'accouchement	25
4) Encadrement de la sage-femme	28
<u>Troisième partie : Discussion</u>	32
I- <u>Critique de l'étude</u>	33
1) Limites de l'étude	33
2) Forces de l'étude	33
II- <u>Caractéristiques de notre population</u>	34
III- <u>Satisfaction et mode d'accouchement</u>	35

1)	La satisfaction globale	35
2)	Le ressenti de l'accouchement	36
IV-	<u>Satisfaction et facteurs obstétricaux et néonataux</u>	38
1)	Le mode de mise en travail	38
2)	Les complications maternelles	38
3)	Les complications néonatales	40
V-	<u>Satisfaction, accompagnement et information</u>	41
1)	L'accompagnement	41
2)	L'information	42
VI-	<u>Rôle de la sage-femme</u>	44
1)	En prénatal	44
2)	En per-partum	45
3)	En post-natal	46
VII-	<u>Propositions</u>	48
	<u>Conclusion</u>	49
	<u>Bibliographie</u>	51
	<u>Annexes</u>	54

Introduction

L'évaluation de la satisfaction en santé est un concept assez récent mais devenu obligatoire par l'Ordonnance du 24 Avril 1996. Si la satisfaction des patients est aujourd'hui devenue primordiale, c'est parce qu'elle est indispensable à la réussite des soins. Elle est un indicateur de la qualité des soins.

La satisfaction est un concept multidimensionnel, difficile à mesurer et à interpréter. Elle est d'autant plus difficile à évaluer en périnatalité, période de bouleversements importants. Ainsi, de nombreux actes médicaux peuvent affecter la satisfaction maternelle au moment de l'accouchement.

Nous nous sommes intéressés dans ce travail à l'impact des extractions instrumentales sur la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur accouchement. Nous avons voulu savoir quels étaient les facteurs obstétricaux influençant la satisfaction des femmes. Si certains de ces facteurs étaient modifiables avec des pratiques différentes, la satisfaction des femmes pourrait être augmentée. L'extraction instrumentale ne faisant pas partie des compétences des sages-femmes, il nous a paru intéressant de rechercher à quel niveau elles influencent la satisfaction au moment de l'accouchement même en cas d'extraction instrumentale.

La première partie de ce travail présente la problématique de notre étude, nous présenterons les différentes dimensions de la satisfaction, ses méthodes d'évaluation, puis nous rappellerons les indications d'extraction instrumentale ainsi que leurs complications. Puis, après avoir présenté les résultats de notre étude, nous discuterons des différents facteurs conditionnant la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'accouchement et des différents rôles pouvant jouer la sage-femme, même en cas d'extraction instrumentale.

Première partie :
Problématique

I- La satisfaction

2) Définitions

Selon le dictionnaire LAROUSSE, la satisfaction est définie comme l'« action de [satisfaire](#) un besoin, un désir, une demande, une tendance ; contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait. ». La satisfaction semble donc dépendre du degré de conformité entre l'attente et la réalisation (1).

La satisfaction est un concept individuel, subjectif, à multiples facettes, ce qui la rend difficile à mesurer et à interpréter. En effet, elle comprend des aspects cognitifs, affectifs, mais également des aspects culturels et sociodémographiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social ». La satisfaction des patients constitue donc un élément de santé en soi, à l'heure où l'aspect technique de l'hospitalisation prend le pas sur la dimension humaine. (2). Si la prise en charge proposée a tenu compte des préférences et des attentes du patient, celle-ci sera jugée plus acceptable. La satisfaction contribue donc au succès de la prise en charge globale du patient. Elle est un résultat légitime des soins et un indicateur de la qualité des soins. Pour Vuori (2), « si les patients sont mécontents, les soins n'ont pas atteint leur objectif ».

L'évaluation de la satisfaction des patients représente ainsi une ressource importante pour pointer les éventuels dysfonctionnements dans le déroulement des soins. Elle constitue un retour d'informations sur la qualité perçue du service, que les soignants ont parfois tendance à occulter (2). C'est un indicateur de la qualité des soins.

L'évaluation de la satisfaction des patients est devenue une obligation réglementaire, depuis l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, qui concerne aussi bien les établissements publics que les établissements privés. Elle prévoit ainsi « l'obligation pour les établissements de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins ».

Concernant plus spécifiquement la périnatalité, le plan périnatalité 2005-2007 visait également à mieux répondre aux attentes des usagers des maternités. Ce plan est articulé autour de 4 grands axes : humanité, proximité, sécurité et qualité, avec pour objectif « l'égal accès à des soins adaptés en assurant la sécurité émotionnelle, médicale et sociale » (3) (4).

Le versant « humanité » du plan de périnatalité renforce la loi du 4 Mars 2002, qui plaçait déjà les usagers au centre du système de santé. Il permet l'instauration très tôt dans la grossesse des conditions de dialogue permettant aux futurs parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins.

Ainsi, le vécu du patient et son ressenti font partie intégrante du soin, et ne peuvent être mis de côté.

2) Exemples de questionnaires d'évaluation de la satisfaction en périnatalité

Peu d'études ont été menées en France pour évaluer la satisfaction des patientes dans le secteur de la périnatalité. En revanche, de nombreuses études ont été menées ces dix dernières années à l'étranger, notamment aux Etats-Unis, en Allemagne et au Royaume Uni, pour évaluer la satisfaction et le ressenti des patientes. Pour se faire, un certain nombre de questionnaires ont ainsi été mis au point ou réutilisés (les exemples cités ci-dessous ont tous été validés par un Comité d'Ethique).

C'est le cas du *Salmon's item list* (SIL-Ger), en langue allemande, utilisé par Stadlmayr entre 1997 et 1999 (5). Il comporte 20 items développés à partir de termes et expressions utilisés spontanément par les femmes après l'accouchement pour décrire leur expérience. Complété dans les 48h à 96h du post-partum, il évalue l'influence des différentes variables obstétricales sur 4 dimensions : l'adaptation émotionnelle, le confort physique, le ressenti et l'« expérience négative ».

Créé au Royaume Uni et adapté et validé en langue allemande, le *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* consiste en l'évaluation de la satisfaction des patientes à travers 6 sous dimensions : la satisfaction générale, la satisfaction de soi, de l'arrivée d'un enfant, le contact avec la sage-femme, le contact avec le médecin et le soutien du conjoint. Il est complété par les patientes en anténatal à 30 semaines d'aménorrhée (SA) et à la deuxième semaine du post-partum (6).

Utilisé au Canada, le *Labour Agency Scale* (annexe I) est un questionnaire comprenant 29 items formulés sous forme de phrases, cotés de 1 (toujours) à 7 (rarement).

Il permet d'évaluer la satisfaction des patientes 6 semaines après l'accouchement à travers le ressenti, la concordance entre les attentes et la réalisation, selon le lieu d'accouchement (à domicile ou en maternité) et selon la parité (primipare ou multipare) (7).

Une traduction française validée du *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire* version 4 (*WOMBLSQ4*) (Annexe II) est parue en Janvier 2010. Il s'agit d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction lors de l'accouchement. Il comporte 30 items cotés de 1 à 7 répartis en 10 composantes, telles que le support des soignants, l'environnement, le contrôle du travail notamment (8). Le questionnaire est adressé aux primipares deux mois après leur accouchement.

En France, une étude menée par la DREES (Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Statistiques) à la fin de l'année 2006 permet d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan de périnatalité 2005-2007. Réalisée dans les 15 jours après la sortie de la maternité auprès de 2656 femmes sous forme d'entretiens téléphoniques, cette étude a permis de décrire les différentes étapes du parcours de grossesse (inscription à la maternité, suivi prénatal, accouchement, suites de couches et suivi post-natal) selon l'offre locale et en mettant en évidence les éléments déterminants les choix et susceptibles d'influer sur l'opinion des femmes vis-à-vis du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. (4). Les résultats de cette étude donnent un tableau plutôt positif puisque 95% des femmes interrogées se déclarent très ou plutôt satisfaites de leur suivi de grossesse et de leur accouchement. Ce degré de satisfaction se retrouve pour les différentes dimensions de l'accouchement, de la prise en charge à l'arrivée à la maternité jusqu'à l'accouchement stricto sensu.

3) Les déterminants de la satisfaction maternelle pendant l'accouchement

Il ressort des différentes études menées en France comme à l'étranger que la satisfaction globale des usagères des maternités au moment de l'accouchement dépend de plusieurs déterminants.

Le contrôle personnel de la patiente est présenté comme le plus fort déterminant, associé à la sensation d'efficacité. En effet, il apparaît essentiel que la patiente se soit sentie compétente et efficace pour être satisfaite (9). Pour cela, la patiente doit avoir été impliquée dans la démarche de soins, en étant informée des procédures et en ayant tant que possible l'opportunité de prendre part aux décisions. Les décisions prises doivent lui être expliquées, et avec un vocabulaire adapté. Se sentir active et ainsi responsable de sa santé est primordial, et ce à toutes les étapes du travail et de l'accouchement. La patiente doit pour cela avoir confiance en sa capacité à faire face à n'importe quelle situation stressante. Ainsi, une perte de confiance en soi au moment de l'accouchement sera associée ensuite à un sentiment d'échec et donc à une moindre satisfaction (6).

Un des déterminants principaux de la satisfaction globale est le support social, notamment la relation avec les soignants (4, 6, 8, 9). En effet, de nombreux auteurs se rejoignent sur ce point : une attitude attentive et une bonne communication permettent une meilleure adhésion aux soins et un meilleur niveau de satisfaction, car cela permet de limiter l'anxiété des patientes. Pour Waldenstörn (12), seul le soutien du personnel soignant est associé à la satisfaction, le soutien du partenaire n'influe pas. Les patientes dressent plus volontiers un tableau positif de leur accouchement lorsque l'équipe a pris un temps pour les soins mais également un temps de discussion, d'échange, d'information. Cela permet l'instauration d'une relation de confiance, primordiale pour une prise en charge optimale. L'étude menée par la DRESS (4) montre ainsi que moins de 60% des patientes se déclarent « très satisfaites » par l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement. De plus, les patientes « se révèlent encore plus septiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé ».

La douleur du travail est également, selon les auteurs, un déterminant important dans la satisfaction des patientes. Pour Green, Dickinson et Floris (8, 10), un haut niveau de douleur est directement corrélé à un plus faible niveau de satisfaction. Pour eux, la douleur est associée à un très haut degré d'inconfort physique et limite ainsi l'adaptation émotionnelle. Il est à noter que pour Stadlmayr (5), l'inconfort physique dû à un bloc moteur suite à l'analgésie locorégionale entraîne la même perception négative que la douleur. Pour d'autres auteurs, comme Hodnett (11), la douleur ne joue pas un rôle primordial. Pour lui, la relation entre satisfaction, douleur et analgésie est plus complexe. Certes la douleur influence la satisfaction, mais d'une façon beaucoup moins importante que le contrôle personnel, l'encadrement et le soutien du personnel soignant.

Les différentes interventions médicales durant le travail sont également un facteur déterminant de la satisfaction. En effet, la direction du travail ou une extraction instrumentale sont associés à une expérience négative, tout comme un travail long ou la survenue d'une pathologie néonatale (transfert du nouveau-né en particulier) (8, 9, 12). Le déclenchement du travail est associé à une moindre satisfaction pour Waldenstörn et Floris, contrairement à Stadlmayr pour qui il n'est pas déterminant (5, 8, 12).

II- Les extractions instrumentales

L'extraction instrumentale du fœtus est « l'art de donner naissance par les voies naturelles à un enfant vivant grâce à l'utilisation d'un moyen mécanique ».

1) Epidémiologie

En 1998, selon l'Enquête Nationale Périnatale, le taux de naissance par voie basse spontanée était de 70%, le taux de naissance par voie basse instrumentale (forceps, spatules et ventouses confondues) était de 12,5% et le taux de césarienne de 17,5%. Il est à noter que ces taux ne tiennent pas compte de la parité, du terme ni des antécédents.

L'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 2003 permet de constater une relative stabilité de ces taux, avec 68,7% de naissance par voie basse spontanée, 11,1% d'extraction instrumentale (7,8% de forceps et 3,3% de ventouses) et 20,2% de césarienne (13). L'âge maternel moyen est de 29,5 ans avec 15,9% de femmes de plus de 35 ans (14,5% en 1998). Le taux d'analgésie loco-régionale pendant le travail a augmenté de 66,5% en 1998 à 74,9% en 2003. Or, une étude publiée en 2009 par Sharma (15) montre de façon significative qu'un âge maternel avancé (après 35 ans mais surtout après 40 ans), une analgésie péridurale et un poids de naissance supérieur à 4500 grammes majorent le risque d'extraction instrumentale chez les primipares à bas risque.

Deux études ont été réalisées à la maternité Port-Royal en 2000 et 2006 et portaient spécifiquement sur la prise en charge de l'accouchement chez les primipares à bas risque. En 2000, le taux d'extraction instrumentale était de 27,5% (58,6% pour efforts expulsifs inefficaces, 29,5% pour anomalie du rythme cardiaque fœtal et 11,9% pour dystocie, fièvre ou pathologie maternelle). En 2006, le taux d'extraction instrumentale était de 23% chez les primipares à bas risque (14). Ces chiffres sont comparables aux données de l'Audipog de 2003, qui concernaient également les primipares à bas risque.

2) Indications des extractions instrumentales

Les principales indications d'extraction instrumentale sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal, faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale, ainsi que les arrêts de progression de la présentation fœtale.

Les arrêts de progression peuvent être liés à trois types d'anomalies : de la variété, de l'orientation ou du volume de la présentation ; de la filière pelvigénitale ; du comportement maternel. Il ne semble pas exister d'étude documentant de manière rigoureuse les indications d'extraction pour arrêt de la progression. Cette absence de publication est sans doute liée à l'intrication fréquente des 3 éléments, dont la résultante amène à la nécessité d'intervention.

Les Recommandations pour la Pratique Clinique françaises recommandent d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un

RCF normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile foetal (16). Sachant que dans les pays anglo-saxons les primipares poussent en moyenne 1 heure, certains auteurs ont remis en cause cette recommandation (17).

Une extraction instrumentale peut également être recommandée dans l'intérêt maternel, notamment en cas de contre-indication aux efforts expulsifs. Les pathologies générales graves sont heureusement rares : pathologies cardiaques mal compensées; insuffisances respiratoires; risque de crise convulsive lors des efforts (rarement aujourd'hui par éclampsie, mais éventuellement par épilepsie mal équilibrée); dysplasie artérielle avec surtout les anévrysmes connus ou supposés (pathologie familiale) des vaisseaux de la tête et du cou. Mais les pathologies locales, moins rares, peuvent être également une indication d'extraction instrumentale : éventration post chirurgicale ou hernie invalidante ; antécédent de chirurgie de l'audition (avec un avis ORL), et les pathologies rétinienne, recherchées systématiquement en cas de forte myopie maternelle (18). Un état maternel d'épuisement ou d'agitation importante peut également être une indication d'extraction instrumentale

3) Complications des extractions instrumentales

a. Complications maternelles

Plusieurs études de cohorte concluent que la réalisation d'une extraction instrumentale majore les risques de déchirure périnéale sévère par rapport à la voie basse spontanée (19, 20). Leurs résultats sont souvent difficilement comparables en raison de pratiques obstétricales différentes. La fréquence et le type d'épisiotomies varient d'un pays et d'un centre à l'autre. En général, les taux de lésions périnéales sévères sont beaucoup plus élevés aux États-Unis (où l'épisiotomie médiane est largement pratiquée) qu'en Europe. En 2004, une étude issue d'un registre américain retrouvait respectivement 3,7 %, 9,6 % et 12,5 % de déchirures du 3e degré et 2 %, 6,2 % et 9,7 % de déchirures du 4e degré après une voie basse spontanée, une ventouse et un forceps.

Dans une étude de population néerlandaise, les taux de déchirures du sphincter anal étaient respectivement de 3 et 5 % après une ventouse et un forceps. En analyse multivariée, les facteurs de risque significatifs associés étaient la primiparité, la présentation postérieure et

le poids de naissance élevé. Une durée prolongée de la seconde phase du travail n'était un facteur de risque significatif qu'en cas d'extraction par ventouse (20).

Il semblerait également que la réalisation d'une extraction instrumentale par forceps augmente le risque d'incontinence anale (perte involontaire de gaz, liquides ou selles) dans l'année qui suit. En revanche, elle n'augmente pas le risque d'incontinence anale à plus long terme (20). Elle n'est pas non plus un facteur favorisant d'incontinence urinaire du postpartum, ni de prolapsus génital (19, 20).

Enfin, l'extraction instrumentale et la présence de déchirures périnéales sévères majorent les risques de douleurs périnéales, de dyspareunie et de troubles sexuels du postpartum par rapport à la voie basse spontanée (19).

Aucune étude n'a montré que l'extraction instrumentale majorait les risques de déchirure vulvaire et para-urétérale par rapport à la voie basse spontanée. Elle n'augmente pas non plus le risque de déchirure cervicale. En revanche, le risque de déchirure vaginale est majoré après une extraction instrumentale par rapport à la voie basse spontanée, par un facteur variant de 0 à 3 en cas de ventouse et de 3 en cas de forceps, d'autant plus que la pose de l'instrument a été haute et la rotation supérieure à 45° (19).

Plusieurs études de cohorte ont mis en évidence une augmentation significative du risque d'hémorragie de la délivrance après une extraction instrumentale par rapport à la voie basse spontanée (OR variant de 1,66 à 2,40). Les raisons invoquées sont l'augmentation des risques de déchirures des parties molles et d'atonie utérine favorisée par la présence de facteurs associés (travail dystocique, 2e phase prolongée, macrosomie) (21). Il n'a pas été montré une augmentation du risque infectieux en cas d'extraction instrumentale.

b. Complications néonatales

Certaines complications relativement fréquentes sont associées spécifiquement à l'utilisation de forceps : les atteintes oculaires, la paralysie du plexus brachial et du nerf facial et les embarrures.

En effet, l'incidence de la paralysie du nerf facial est significativement plus élevée (OR 9,9) en cas d'extraction instrumentale. L'évolution d'une paralysie faciale induite par l'utilisation de forceps est dans une très large majorité des cas bonne à 2 mois (22).

Concernant l'atteinte du plexus brachial, une étude cas-témoins a montré que son pronostic fonctionnel n'est pas différent, que l'accouchement soit eutocique ou par forceps (23).

La fracture du crâne avec risque d'embarrure est assez spécifique de l'utilisation des forceps. Une étude récente a repris 68 fractures du crâne dont 50 survenues lors d'une extraction instrumentale (24). Deux cas de handicap neurologique à moyen terme ont été rapportés dans cette série.

Souvent associées à la dystocie des épaules, les extractions par forceps ne sont associées aux fractures de clavicules que dans 5 % des cas.

Enfin, l'utilisation de forceps a été décrite dans la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, notamment des hémorragies intracrâniennes, avec un pronostic neurologique défavorables dans 50 % des cas. Cependant, ces hémorragies cérébrales ont parfois comme origine les complications propres au travail anormal qui a conduit à l'extraction instrumentale et pas uniquement à l'emploi d'une méthode d'extraction instrumentale. Aucun type de lésion n'est spécifique d'un accouchement instrumental et toutes les lésions peuvent être une conséquence directe de ce qui a causé l'extraction instrumentale (22).

Nous avons vu ainsi dans la première partie de ce travail que la satisfaction est un concept subjectif et multifactoriel, qui constitue un élément de santé à part entière. Elle est également un indicateur de la qualité des soins. Ainsi, les soins n'atteignent réellement leurs objectifs que si le patient est satisfait de la prise en charge qui lui a été proposée.

L'obstétrique est une spécialité où l'urgence des interventions peut se heurter aux souhaits et aux attentes des patientes, très nombreux lorsqu'il s'agit d'une naissance. L'extraction instrumentale est une procédure réalisée en urgence afin d'accélérer la naissance en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) ou en semi-urgence lorsque la présentation ne progresse plus. Nous nous sommes ainsi demandé quels facteurs obstétricaux

au moment de l'accouchement influençaient la satisfaction des femmes et en particulier quelle place occupe l'extraction instrumentale dans cette satisfaction.

Deuxième partie : Méthode et résultats

I- Objectifs et hypothèses

Nous avons ainsi posé les hypothèses suivantes :

- les patientes accouchant par forceps sont moins satisfaites de leur accouchement que celles accouchant spontanément
- la satisfaction maternelle est liée au mode de mise en travail et aux complications maternelles et néonatales.
- la satisfaction maternelle n'est pas uniquement liée à l'acte en lui-même, d'autres facteurs sont également liés, notamment l'accompagnement et l'information.
- la sage-femme a un rôle important d'information et d'encadrement, même en cas d'extraction instrumentale.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction maternelle chez les primipares ayant accouché par voie basse en fonction du mode d'accouchement, spontané ou assisté par une extraction instrumentale.

Nous recherchons également si d'autres facteurs maternels et obstétricaux non modifiables sont liés à la satisfaction ou au contraire à l'insatisfaction, tels que l'âge, les conditions socio-économiques, le déclenchement du travail, les complications maternelles et néonatales, etc.

Un autre objectif de cette étude est de rechercher si la différence de satisfaction est due également à des facteurs modifiables, tels que le manque d'encadrement, de soutien et d'information.

Le dernier objectif est de montrer que la sage-femme a un rôle à jouer pour améliorer la satisfaction des patientes ayant eu une extraction instrumentale.

II- Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective de type comparatif exposés -non exposés menée dans la maternité Port-Royal (Paris 14^{ème}) de juin à octobre 2009. Cette maternité de type III a réalisé 3200 accouchements en 2009. Les extractions instrumentales y sont réalisées par forceps et spatules exclusivement. La ventouse n'y est pas utilisée.

Pour évaluer le rôle de l'extraction instrumentale sur la satisfaction, il nous a fallu nous placer dans une population homogène et à faible risque. Nous avons ainsi choisi d'étudier les primipares à bas risque, qui représentent 20% des patientes à Port-Royal.

Le groupe d'étude « exposés » est constitué de primipares à bas risque ayant accouché par voie basse instrumentale.

Le groupe « non exposés » est constitué de primipares à bas risque ayant accouché spontanément par voie basse.

Pour chaque femme exposée, nous avons sélectionné une femme non exposée, en prenant à chaque fois l'accouchement par voie basse spontanée suivant chronologiquement chaque cas d'extraction instrumentale inclus et respectant les critères d'inclusion.

Pour sélectionner notre population de primipares à bas risque, nous avons appliqué les critères d'inclusion suivants : les primipares ayant un fœtus unique vivant à la naissance, en présentation céphalique à plus de 37 semaines et 0 jour d'aménorrhée. Les critères d'exclusion étaient les pathologies maternelles contre-indiquant les efforts expulsifs (pathologie cardiaque ou pulmonaire, myopie sévère...), les antécédents de troubles psychiatriques (dépression incluse), les hospitalisations de plus de 24 heures pendant la grossesse et les forceps réalisés sous anesthésie générale. Les patientes ne comprenant pas le français ont également été exclues de l'étude.

Nous avons réalisé le recueil de données à partir du dossier médical et d'un entretien oral réalisé en suites de couches à J2 ou J3 du post-partum.

Les données médicales recueillies à partir du dossier médical étaient :

- les caractéristiques maternelles: l'âge, la gestité, l'Indice de Masse Corporel (IMC) avant la grossesse, le niveau d'étude, la vie maritale et l'origine géographique.

- les caractéristiques obstétricales: le terme, le déclenchement du travail et son indication, le type d'analgésie avec une éventuelle notion d'inefficacité, l'utilisation d'ocytocine au cours du travail, la durée du travail, la durée des efforts expulsifs, le motif d'extraction instrumentale, la pratique d'une épisiotomie, la prise en charge d'une hémorragie du post-partum (utilisation de Nalador®, embolisation, transfusion ou hystérectomie).

- les caractéristiques néonatales : le poids de naissance, le sexe, l'Apgar, le pH artériel au cordon et le transfert en réanimation néonatale ou à l'Unité Mère Enfant.

Lors de l'entretien oral, les patientes incluses étaient interrogées sur la satisfaction globale concernant leur accouchement, la disponibilité de l'équipe soignante, l'efficacité de l'analgésie, les explications données concernant la poussée et les encouragements de l'équipe au moment des efforts expulsifs (EE). La question de leur capacité à pousser plus longtemps est également posée ainsi que leur sentiment d'efficacité au moment des poussées (questionnaire en Annexe III).

Concernant les patientes ayant eu une extraction instrumentale (« exposés »), le motif leur était demandé ainsi que le moment où a été donnée l'explication (en salle de naissance avant ou après le forceps, ou dans le service de suites de couches) et la personne qui leur a donné (médecin, sage-femme ou les deux).

Il était également demandé aux patientes ayant accouché par voie basse instrumentale si cela leur a donné la sensation que quelqu'un a pris en charge l'accouchement à leur place et si cela leur a procuré un sentiment d'échec.

Pour évaluer le ressenti de toutes les patientes au moment de l'accouchement, nous leur avons demandé d'entourer trois mots qui expriment le mieux ce qu'elles ont ressenti. Ces adjectifs sont issus du questionnaire *Labour Agency Scale* (annexe I) traduit et validé en français. Nous avons ensuite analysé les résultats selon le nombre d'adjectifs positifs (compétente, soutenue, active, détendue, responsable, en sécurité) ou négatifs (incapable, anxieuse, épuisée, passive, dépendante, mise à l'écart) entourés.

Dans un premier temps, nous avons comparé les caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales entre les femmes ayant eu une extraction instrumentale et celles ayant accouché par voie basse spontanée.

Puis nous avons comparé la satisfaction globale de l'accouchement entre les exposés et les non exposés. Nous avons également évalué quels étaient les facteurs maternels, obstétricaux et néonataux qui étaient associés à la satisfaction des patientes.

Le ressenti de l'accouchement positif ou négatif a ensuite été analysé.

Enfin, nous avons étudié comment évoluait la satisfaction des patientes et leur ressenti de l'accouchement en fonction de l'encadrement de la sage-femme.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata version 10.0. Nous avons utilisé le test du chi carré pour la comparaison des effectifs ou le test exact de Fischer pour les faibles effectifs ($n < 5$). Les moyennes ont été comparées à l'aide du test t de Student.

III- Résultats

Dans cette étude, nous avons interrogé 40 patientes ayant accouché par voie basse instrumentale (groupe « exposés ») et 40 patientes ayant accouché par voie basse spontanée (groupe « non exposés »).

1) Description de la population et des complications

Les caractéristiques maternelles sont répertoriées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques maternelles

Caractéristiques	Groupe « exposés » (n = 40)	Groupe« non exposés » (n = 40)	<i>p</i>
Age (moyenne +/- DS)	32.3 +/- 4.9	30.7 +/- 5.9	0.19
Gestité (moyenne +/- DS)	1.7 +/- 1.1	1.4 +/- 0.7	0.07
IMC avant grossesse (moyenne +/- DS)	21.9 +/- 3.3	21.1 +/- 2.9	0.24
Niveau d'étude n (%)			
- non scol.	0 (0)	1 (2.5)	0.89
- primaire, collègue	2 (5)	4 (10)	
- lycée	8 (20)	7 (17.5)	
- ens. sup	30 (75)	28 (70)	
Vie maritale n (%)			
- seule	2 (5)	4 (10)	0.79
- en couple	19 (47.5)	18 (45)	
- mariée	19 (47.5)	18 (45)	
Origine géographique n(%)			
- Afrique	7 (17.5)	5 (12.5)	0.97
- Asie	3 (7.5)	3 (7.5)	
- Europe	8 (20)	10 (25)	
- France	19 (47.5)	19 (47.5)	
- autre	3 (7.5)	3 (7.5)	
Terme (moyenne +/- DS)	40.1 (1.1)	40.3 (1.1)	0.47

Les caractéristiques des primipares à bas risques étudiées ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes, que ce soit au niveau de l'âge, de la gestité, de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), du niveau d'étude ou de l'origine géographique.

Tableau 2. Comparaison des pratiques obstétricales

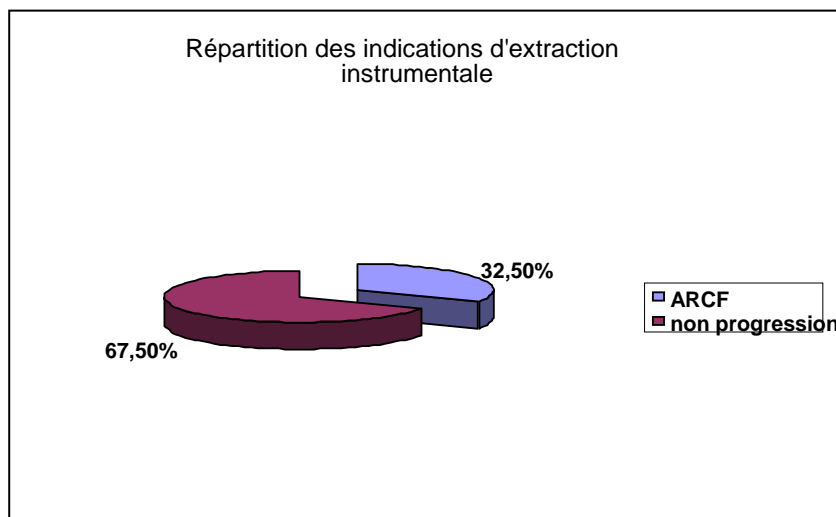
Pratiques obstétricales	Groupe « exposés » (n = 40)	Groupe « non exposés » (n = 40)	<i>p</i>
Début de travail n (%)			
- spontané	28 (70)	32 (80)	0.22
- déclenché	12 (30)	8 (20)	
Analgésie loco-régionale n (%)	35 (87.5)	35 (87.5)	0.63
dont inefficacité	3 (7.5)	4 (10.2)	0.48
dont bloc moteur	15 (37.5)	5 (12.5)	0.03
Utilisation d'ocytocine n (%)	31 (77.5)	29 (72.5)	0.39
Épisiotomie n (%)	36 (90)	19 (49.7)	<0.01

L'utilisation d'une analgésie loco-régionale et la direction du travail sont comparables dans les deux groupes également. Il est à noter que 37.5% des patientes du groupe « exposés » présentait un bloc moteur consécutif à l'analgésie loco-régionale, pourcentage qui est significativement différent du groupe « non exposés ».

La pratique d'une épisiotomie est significativement plus fréquente en cas d'extraction instrumentale. En effet, 90% des patientes ayant eu une extraction instrumentale ont eu une épisiotomie contre 49.7% des patientes ayant accouché spontanément ($p < 0,01$).

La répartition des indications d'extraction instrumentale dans le groupe « exposés » est présentée dans la figure 1.

Figure 1. Indications d'extractions instrumentales



Le tableau 3. décrit les complications maternelles dans les deux groupes.

Tableau 3. Complications maternelles selon le mode d'accouchement

Complications	Groupe« exposés » (n = 40)	Groupe« non exposés » (n = 40)	<i>p</i>
Lésions périnéales n(%)			
- 1 ^{er} degré	6 (15)	20 (50)	< 0.05
- 2 ^{ème} degré	2 (5)	1 (2.5)	0.5
- 3 ^{ème} degré	0 (0)	1 (2.5)	0.5
Hémorragies du post-partum n(%)	3 (7.5)	2 (5)	0.5

Tableau 4. Caractéristiques néonatales

Caractéristiques	Groupe « exposés » (n = 40)	Groupe « non exposés » (n = 40)	<i>p</i>
Poids de naissance (moyenne en g +/- DS)	3408.6 +/- 446.87	3319.6 +/- 456.75	0.38
Périmètre crânien (moyenne en cm +/- DS)	34.8 +/- 1.49	34.7 +/- 1.22	0.65
Apgar (moyenne +/- DS)			
- à 1min	7.9 +/- 2.66	8.7 +/- 2.21	0.19
- à 5min	9.7 +/- 0.91	9.7 +/- 1.06	1
pH à la naissance (moyenne +/- DS)	7.20 +/- 0.08	7.23 +/- 0.08	0.12
Transfert néonatal n (%)	4 (10)	2 (5)	0.67

Les caractéristiques néonatales sont comparables dans les deux groupes.

2) Satisfaction globale

La figure 2. décrit la satisfaction globale des patientes concernant le travail et l'accouchement dans le groupe « exposés » (figure 2.a.) et dans le groupe « non exposés » (figure 2.b).

Figure 2. Satisfaction globale selon le mode d'accouchement

Figure 2.a. Voie basse instrumentale

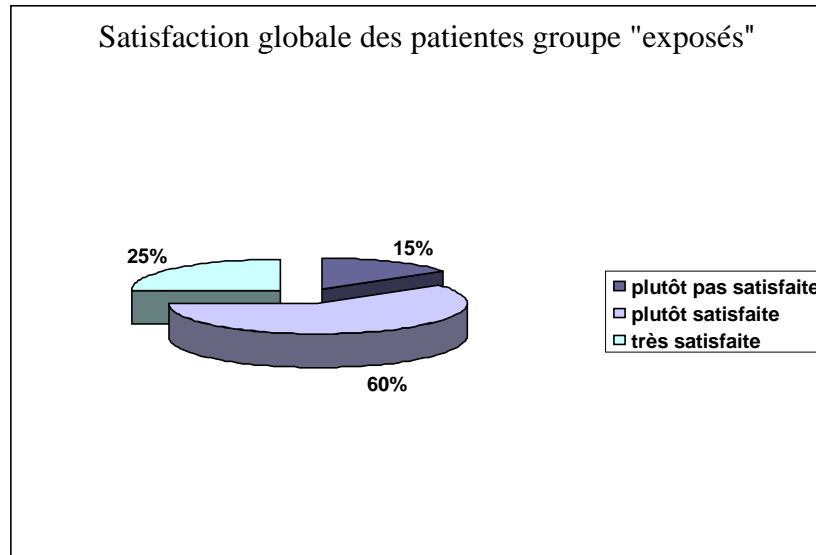
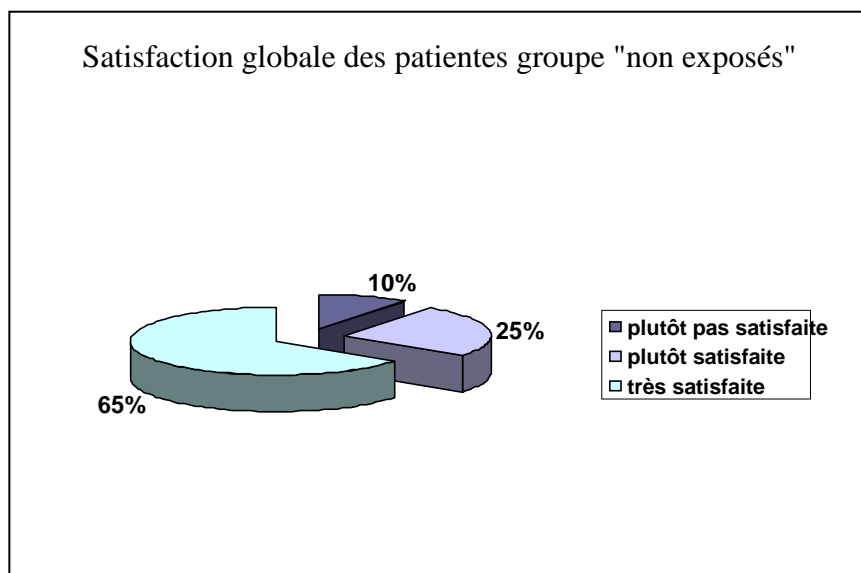


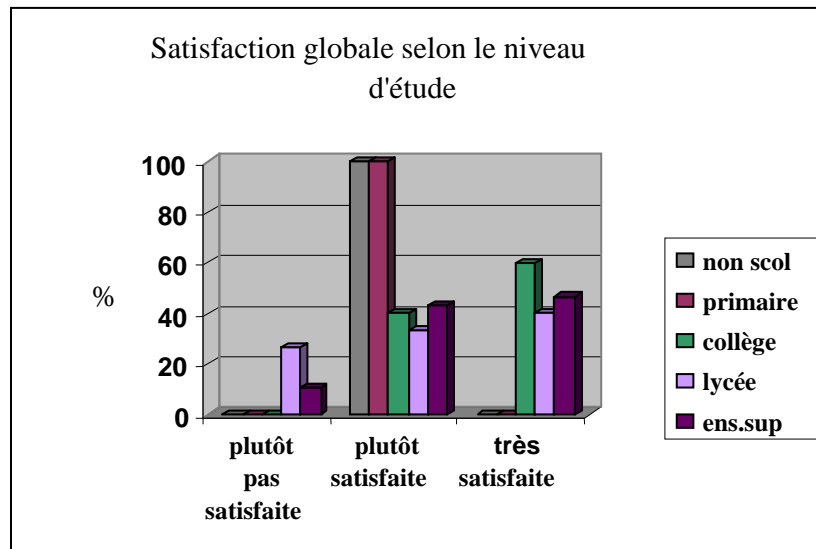
Figure 2.b. Voie basse spontanée



La comparaison de la satisfaction globale des patientes entre les deux groupes par le test exact de Fisher montre une différence significative ($p < 0.01$). En effet, 65% des patientes se déclarent « très satisfaites » et 25% « plutôt satisfaite » dans le groupe voie basse spontanée, contre respectivement 25% et 60% dans le groupe ayant accouché par forceps. Il

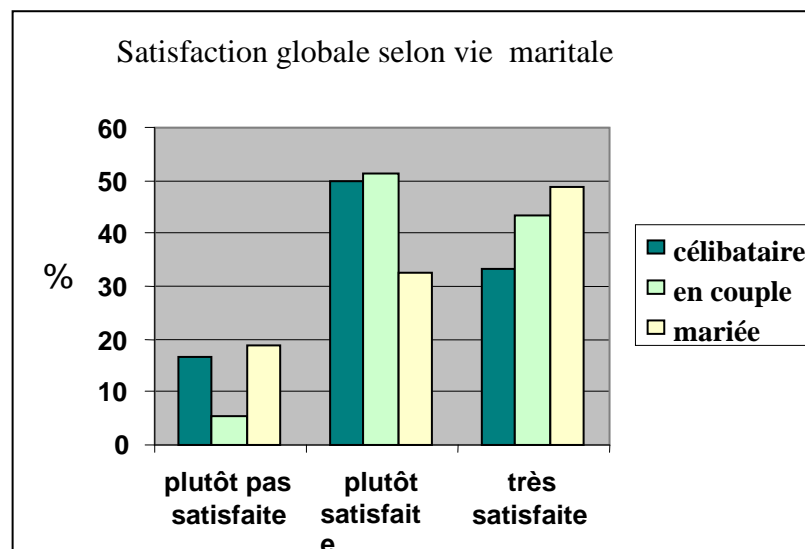
est à noter que aucune patiente ne s'est déclarée « pas du tout satisfaite », quel que soit le groupe.

Figure 3 . Satisfaction globale en fonction du niveau d'étude



Il n'existe pas de différence significative de satisfaction selon le niveau d'étude des patientes ($p = 0.59$).

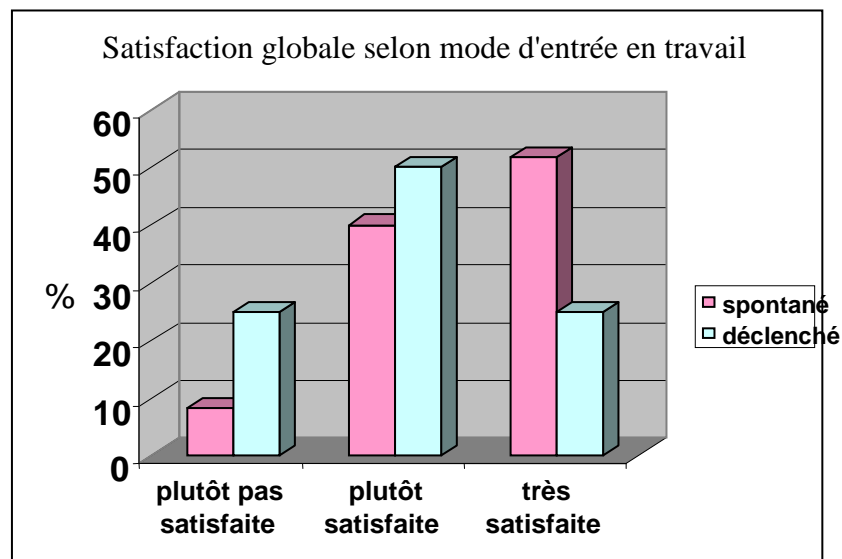
Figure 4. Satisfaction globale en fonction de la vie maritale et de l'origine géographique



La satisfaction globale des patientes est comparable quel que soit le mode de vie maritale ($p=0.25$).

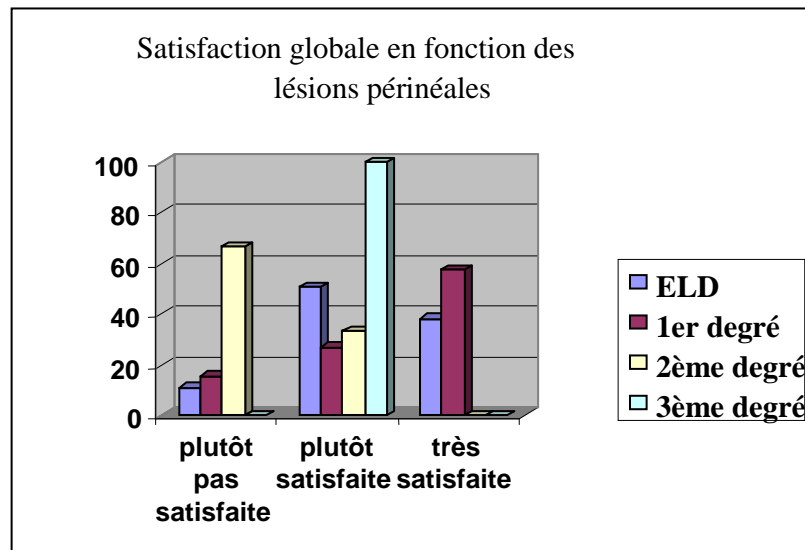
La comparaison de la satisfaction des patientes en fonction de l'origine géographique ne montre pas non plus de différence significative ($p=0.45$).

Figure 6. Satisfaction globale selon le mode d'entrée en travail



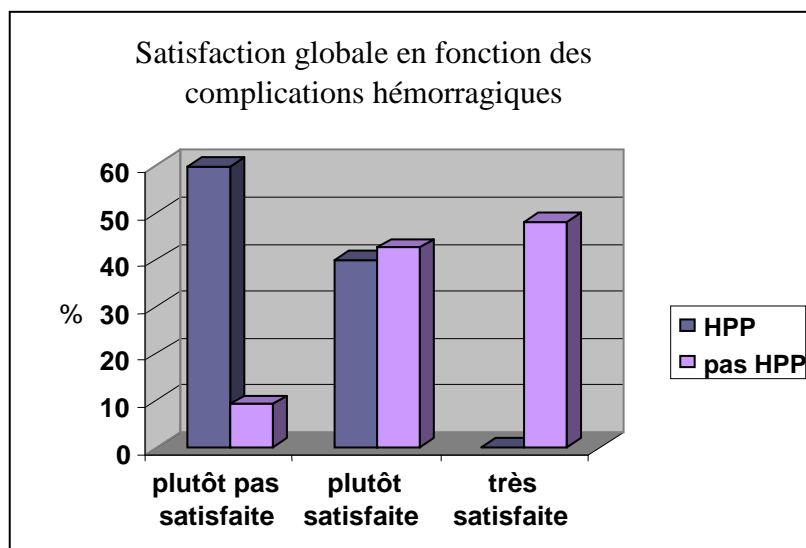
On peut observer que les patientes ayant eu un déclenchement artificiel du travail sont significativement moins satisfaites de l'ensemble de leur travail et de leur accouchement ($p<0.05$). 25% des patientes se sont déclarées « plutôt pas satisfaite » en cas de déclenchement contre 8,33% pour un travail spontané.

Figure 7. Satisfaction globale en fonction des lésions périnéales



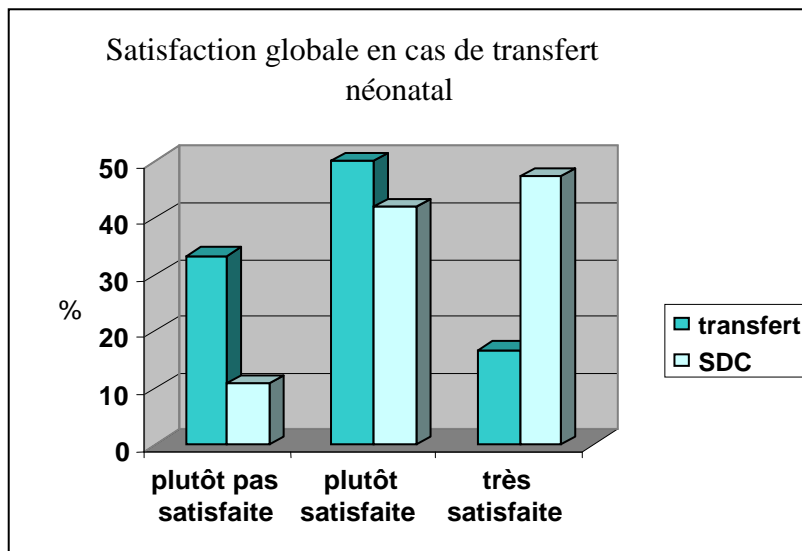
La survenue d'une lésion périnéale du deuxième degré engendre une baisse significative de la satisfaction ($p < 0.05$). Une seule patiente a présenté une lésion périnéale du troisième degré et était plutôt globalement satisfaite.

Figure 8. Satisfaction globale en fonction des complications hémorragiques



La survenue d'une hémorragie du post-partum diminue significativement la satisfaction globale des patientes ($p < 0.05$). Après une complication hémorragique, 60% des patientes se sont déclarées plutôt insatisfaites.

Figure 9. Satisfaction globale en cas de transfert néonatal



La satisfaction globale des patientes interrogées n'est pas significativement modifiée en cas de transfert néonatal ($p = 0.1$). En cas de transfert néonatal, 66.67% des patientes sont plutôt satisfaite ou très satisfaite de leur travail et de leur accouchement.

3) Ressenti de l'accouchement

Tableau 8. Ressenti des patientes au moment de l'accouchement

Tableau 8.a. Fréquence des adjectifs positifs entourés

Adjectifs	Groupe « exposés » n (%)	Groupe « non exposés » n (%)	<i>p</i>
Compétente	8 (20)	30 (75)	< 0.05
Soutenue	24 (60)	24 (60)	1
Active	7 (17.5)	17 (42.5)	< 0.05
Détendue	2 (5)	5 (12.5)	0.43
Responsable	3 (7.5)	10 (25)	0.06
Sécurisée	27 (67.5)	18 (45)	0.07

Les patientes se sentent significativement plus compétentes et actives lors d'un accouchement par voie basse spontanée. Elles se sentent majoritairement soutenues et sécurisées, qu'il s'agisse d'un accouchement par voie basse spontané ou d'une extraction instrumentale.

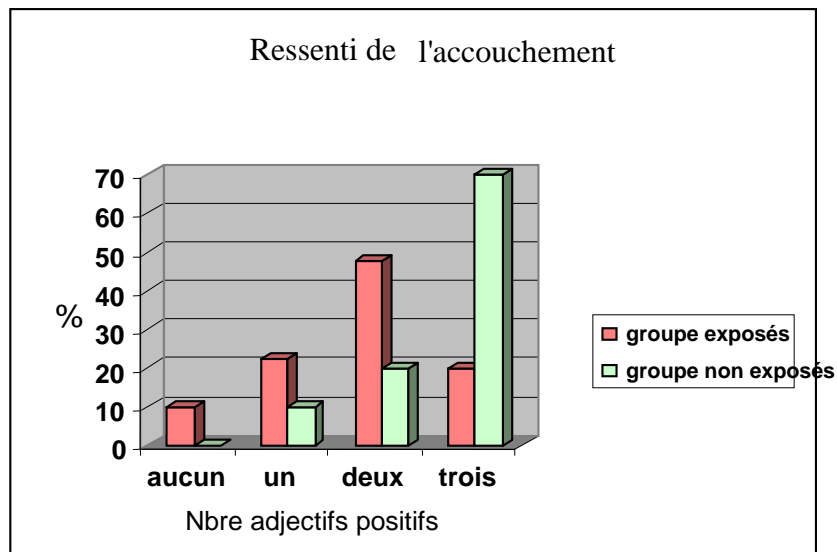
Tableau 8.b. Fréquence des adjectifs négatifs entourés

Adjectifs	Groupe « exposés » n (%)	Groupe « non exposés » n (%)	<i>p</i>
Incapable	0 (0)	0 (0)	
Anxieuse	19 (47.5)	9 (22.5)	< 0.05
Épuisée	18 (45)	6 (15)	< 0.05
Passive	1 (2.5)	0 (0)	1
Dépendante	9 (22.5)	1 (2.5)	< 0.05
A l'écart	2 (5)	0 (0)	0.49

On constate une différence significative entre les deux groupes concernant l'anxiété, l'épuisement et le l'impression de dépendance. En effet, 47.5 % des patientes du groupe « exposés » ont déclaré s'être senties anxieuses, 45 % épuisées et 22,5% dépendantes pendant l'accouchement, contre respectivement 22.5%, 15% et 2,5% dans le groupe « non exposés » ($p < 0,05$ pour les trois adjectifs).

La figure 10. illustre le ressenti général de l'accouchement selon le mode d'accouchement. Il est représenté par le nombre d'adjectifs positifs cités par les patientes.

Figure 10. Ressenti de l'accouchement selon le mode d'accouchement



Le ressenti général de l'accouchement est significativement différent entre les groupes ($p < 0.05$). Ainsi, les patientes ayant accouché par voie basse spontanée ont un ressenti général meilleur concernant leur accouchement. En effet, 90% de ces patientes gardent un ressenti plutôt bon, voire très bon contre 67.5% des patientes ayant eu une extraction instrumentale.

4) Encadrement de la sage-femme

Tableau 9. Evaluation de l'encadrement de la sage-femme

Encadrement	Groupe « exposés » n = 40	Groupe « non exposés » n = 40	<i>p</i>
Disponibilité pendant le travail n (%):			
- non pas du tout	0 (0)	0 (0)	0.06
- plutôt non	3 (7.5)	0 (0)	
- plutôt oui	16 (40)	1 (27.5)	
-oui tout a fait	21 (52.5)	29 (72.5)	
Explication des poussées n (%):			
- non pas du tout	0 (0)	0 (0)	< 0.05
- plutôt non	10 (25)	2 (5)	
- plutôt oui	11 (27.5)	17 (42.5)	
- oui tout a fait	19 (47.5)	21 (52.5)	
Encouragements pendant poussées n (%)			
- non pas du tout	0 (0)	0 (0)	1
- plutôt non	2 (5)	1 (2.5)	
- plutôt oui	13 (32.5)	14 (35)	
-oui tout a fait	25 (62.5)	25 (62.5)	

Il n'y a pas de différence significative concernant la disponibilité de la sage-femme pendant le travail, ni concernant les encouragements au moment des poussées. En revanche, seules 75% des patientes ayant eu un forceps ont jugé les explications données concernant les poussées suffisantes, contre 95% des patientes ayant accouché par voie basse spontanée.

Tableau 10. Satisfaction globale en fonction de l'encadrement de la sage-femme

Encadrement de la sage-femme	Satisfaction globale			<i>p</i>
	Plutôt pas satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite	
Disponibilité n(%)				< 0.05
- plutôt non	3 (100)	0 (0)	0 (0)	
- plutôt oui	6 (22.22)	16 (59.26)	5 (18.52)	
- oui tout à fait	1 (2)	18 (36)	31 (62)	
Encouragements n (%)				< 0.05
- plutôt non	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0)	
- plutôt oui	0 (0)	17 (62.96)	10 (37.04)	
- oui tout à fait	8 (16)	16 (32)	26 (52)	

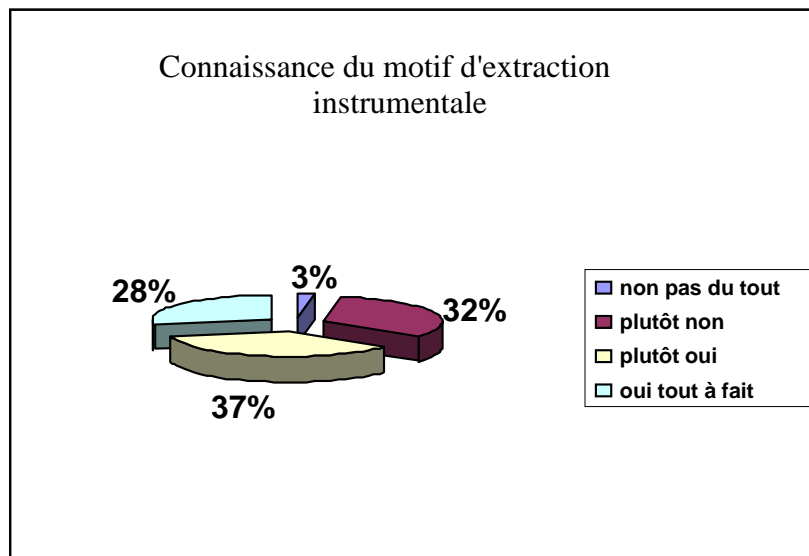
On constate que la satisfaction globale est significativement corrélée à l'encadrement et à la disponibilité de la sage-femme pendant le travail. Son soutien et ses encouragements au moment de l'accouchement sont également déterminants.

Tableau 11. Ressenti de l'accouchement en fonction de l'encadrement de la sage-femme

Encadrement de la sage-femme	Nombre d'adjectifs positifs				<i>p</i>
	0	1	2	3	
Disponibilité n(%)					< 0.05
- plutôt non	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0)	0 (0)	
- plutôt oui	2 (7.41)	8 (29.63)	8 (29.63)	9 (33.33)	
-oui tout à fait	1 (2)	3 (6)	19 (38)	27 (54)	
Encouragements n (%)					< 0.05
- plutôt non	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0)	0 (0)	
- plutôt oui	2 (7.41)	5 (18.52)	13 (48.15)	7 (25.93)	
- oui tout à fait	1 (2)	6 (12)	14 (28)	29 (58)	

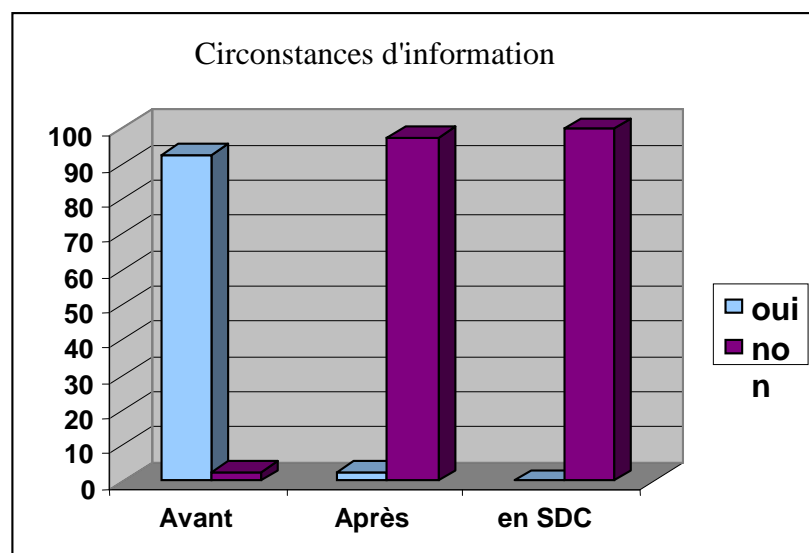
Le ressenti de l'accouchement est également corrélé à la disponibilité de la sage-femme et à ses encouragements au moment des efforts expulsifs.

Figure 11. Connaissances des patientes concernant le motif d'extraction instrumentale



On peut constater que 35 % des patientes ayant eu une extraction instrumentale n'en connaissent pas le motif. Seules 28 % des patientes interrogées connaissaient précisément le motif d'extraction instrumentale.

Figure 12. Circonstances de l'information concernant l'extraction instrumentale



92.5% des patientes interrogées ont reçu une information concernant le motif d'extraction instrumentale en salle de naissance, avant l'extraction. 2.5% ont reçu cette information en salle de naissance après l'extraction. Aucune explication n'a été donnée dans le service des suites de couches.

En salle de naissance, l'explication a été donnée par la sage-femme et l'obstétricien dans 80% des cas, par la sage-femme uniquement dans 5 % des cas et par l'obstétricien uniquement dans 15% des cas.

Tableau 12. Efforts expulsifs selon le mode d'accouchement

	Groupe « exposés » n = 40	Groupe « non exposés » n = 40	<i>p</i>
Durée (moyenne en minutes +/- DS)	25.5 +/- 14.1	19.9 +/- 9.9	0.06
Possibilité EE supplémentaires n (%)			
- non pas du tout	4 (10)	1 (2.5)	0.3
- plutôt non	10 (25)	8 (20)	
- plutôt oui	13 (32.5)	20 (50)	
- oui tout a fait	13 (32.5)	11 (27.5)	

Les durées moyennes des efforts expulsifs sont comparables dans les deux groupes. Les possibilités d'efforts expulsifs supplémentaires sont également comparables dans les groupes, soit 65% du groupe « cas » et 77.5% du groupe « témoin ».

Tableau 13. Efforts expulsifs selon indication de l'extraction instrumentale :

	ARCF n = 13	Non progression n = 27	<i>p</i>
Possibilité EE supplémentaires n (%)			
- non pas du tout	0 (0)	4 (14.8)	< 0.05
- plutôt non	3 (23.1)	7 (25.9)	
- plutôt oui	2 (15.4)	11 (40.7)	
- oui tout a fait	8 (61.5)	5 (18.6)	

59,3% des patientes ayant eu un forceps pour non progression se seraient senties capables de pousser plus longtemps.

Troisième partie :
Discussion

I- Validité de l'étude

1) Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective avec un recueil rigoureux des données. Il n'y a aucune donnée manquante parmi les items recueillis.

Elle a été réalisée dans un seul centre, ce qui permet une homogénéité des pratiques et donc limite les biais pouvant être liés à des pratiques différentes dans des centres différents. Cependant, de ce fait, la généralisation de nos résultats pourrait se discuter.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été bien définis, ainsi que les modalités de recrutement des patientes : les femmes ayant accouché par voie basse spontanée faisant suite immédiatement à une extraction instrumentale, ce qui permet de limiter le biais de sélection parmi les femmes non exposées.

L'autre point positif de notre étude est l'association entre le recueil de données à partir du dossier médical et l'entretien basé sur un questionnaire, qui a l'avantage de pouvoir confronter les données médicales, objectives, et les données subjectives exprimées par les patientes. L'entretien oral a permis d'explicitier les questions mal comprises par les patientes et a ainsi permis d'exploiter tous les questionnaires. Les adjectifs utilisés dans le questionnaire sont issus du *Labour Agency Scale* (Annexe I) dont la traduction française a été validée.

2) Limites de l'étude

L'échantillon de notre étude est faible. Pour des raisons de faisabilité, nous avons choisi d'étudier une seule femme non exposée par femme exposée. Une étude de cohorte incluant toutes les femmes ayant accouché par voie basse spontanée pendant la période d'étude aurait permis d'augmenter la puissance de l'étude.

L'entretien a été effectué au 2^{ème} jour du post-partum, période de bouleversements psychologiques où les patientes n'ont pas forcément la capacité d'analyser les événements de manière objective. Il aurait fallu les interroger plusieurs mois après l'accouchement mais, là encore pour des raisons de faisabilité, nous les avons rencontrés durant leur séjour à la maternité.

La satisfaction et les complications à long terme telles que l'incontinence n'ont pas été évaluées.

Lors de l'entretien, les questions posées étaient peu ouvertes, les résultats sont donc majoritairement quantitatifs. Des questions plus ouvertes auraient permis d'apporter d'autres éléments à notre étude.

II- Caractéristiques de notre population

L'âge moyen des primipares de notre étude est de 31,5 ans, ce qui est supérieur à l'âge moyen des primipares en France puisqu'il était de 29,5 ans en 2003 (données de l'Enquête Nationale Périnatale (13)). De plus, 31,2% de femmes de notre échantillon présente un âge supérieur ou égal à 35 ans, contre 15,9% au niveau national en 2003 (12). Cela peut s'expliquer par le fait que notre étude porte sur les extractions instrumentales et qu'un âge maternel avancé en est un facteur de risque (15). En effet, dans le groupe d'accouchement par voie basse spontanée l'âge moyen est de 30,7 ans, ce qui est plus proche de la moyenne nationale.

Les femmes mariées représentent 45% de notre échantillon contre 56% au niveau national. 7,5% vivent seules, ces taux sont conformes à la moyenne nationale en 2003.

73% des patientes de notre échantillon ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, la moyenne nationale étant de 42,6% en 2003.

55% de notre échantillon a suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité au cours de la grossesse. Ce taux au niveau national est de 66,6% chez les primipares (13, 25). Ce bas taux de préparation à la naissance est d'autant plus surprenant que des cours de préparation à la naissance sont organisés au sein même de la maternité.

Pendant le travail, 87,5% de nos patientes ont eu une analgésie loco-régionale, contre 74,9% au niveau national en 2003 (13). La présence d'un anesthésiste senior et d'un interne en permanence sur le site peut expliquer ce taux important.

III- Satisfaction et mode d'accouchement

Hypothèse 1 : les patientes accouchant par forceps sont moins satisfaites de leur accouchement que celles accouchant spontanément.

3) La satisfaction globale

Les études menées à l'étranger font ressortir de nombreux déterminants de la satisfaction maternelle après une naissance, les plus importants étant le contrôle personnel, le support social et les différentes interventions médicales. L'étude de la DRESS (4) retrouvait un taux de satisfaction concernant le suivi de grossesse et de l'accouchement de 95%, dont 60% à 70% des femmes se déclarant « très satisfaites » à la fin de l'année 2006. Notre étude donne également un tableau plutôt positif puisque 87,5% des patientes se déclarent « plutôt » ou « très » satisfaites de leur prise en charge au moment du travail et de l'accouchement. C'est sur cette nuance que notre étude montre une différence significative, entre les patientes ayant accouché par voie basse instrumentale et celles ayant accouché par voie basse spontanée. En effet, seules 25% des patientes se déclarent globalement « très satisfaites » de leur travail et de leur accouchement après une extraction instrumentale, contre 65% après un accouchement par voie basse spontanée. Tout cela indépendamment de l'âge de la patiente, de son origine géographique et de ses conditions socio-économiques. En effet, notre étude ne montre pas de différence significative selon ces critères.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'accouchement par voie basse spontanée semble plus conforme aux attentes et aux représentations des patientes. Nous avons pu voir précédemment que la satisfaction dépend du degré de conformité entre l'attente et la réalisation. Une extraction instrumentale n'est pas en accord avec l'image que les femmes se font de l'accouchement, ce qui engendre une satisfaction moindre. Cela souligne les difficultés que peuvent rencontrer les futurs parents à exprimer leurs attentes et leurs désirs concernant le déroulement du travail et de l'accouchement, et le manque d'informations qu'ils ont pu recevoir tout au long de la grossesse. Pourtant, les recommandations de la Haute Autorité de Santé proposent un cadre précis d'entretiens, tout au long de la grossesse, et notamment au cours du premier trimestre de la grossesse, où ce que la femme ressent, sait, souhaite, veut faire et connaître devrait être abordé (25).

4) Le ressenti de l'accouchement

Cette différence de satisfaction peut également s'expliquer par un ressenti différent de l'accouchement en lui-même.

Pour évaluer le ressenti des patientes au moment de l'accouchement, de nombreuses études utilisent différents tests reposant sur le même principe : plusieurs items sont proposés, généralement entre 20 (dans le SIL-Ger) (5) à 30 (dans le WOMBLSQ4) (Annexe II). La patiente en sélectionne un certain nombre, ceux exprimant ce qu'elle a pu ressentir au moment du travail et de l'accouchement. Ces items sont ensuite cotés et analysés.

Ainsi, notre étude montre qu'en cas d'extraction instrumentale, quelle que soit l'indication d'extraction, seules 20% des patientes déclarent s'être senties compétentes, et 17,5% actives. Or, nous avons vu précédemment que la confiance en soi au moment de l'accouchement est primordiale pour être satisfaite. Cela implique de se sentir active et compétente à toutes les étapes du travail et de l'accouchement. En cas d'extraction instrumentale, les femmes ne considèrent pas toujours que leur poussée ait été efficace, notamment en cas d'extraction pour non progression de la présentation. Cela peut entraîner une certaine dépréciation d'elles-mêmes due à un non contrôle de la situation (26). Cela souligne l'importance de la sage-femme de revaloriser les femmes lors des poussées, même si la progression est difficile.

De plus, 47,5% des femmes ayant eu une extraction instrumentale se sont senties anxieuses au moment de l'accouchement. Or, l'étude de Waldenstörn (12) montre bien que l'anxiété perçue pendant le travail et l'accouchement est associée de manière significative à une expérience négative de la naissance, c'est-à-dire à une baisse importante de la satisfaction, indépendamment de l'anxiété ayant pu être ressentie par les patientes au cours de la grossesse.

Enfin, 45% des patientes de notre étude ayant eu une extraction instrumentale se sentaient épuisées. Cela peut expliquer en partie le fait que 67,5% des extractions instrumentales de notre échantillon aient été réalisées pour non progression de la présentation. Mais là encore le sentiment d'efficacité des patientes est mis à mal car l'épuisement empêchera un certain nombre de patientes de pousser efficacement pendant le temps nécessaire. Cela engendre alors une moindre satisfaction maternelle.

Au total, 67,5% des patientes ayant accouché par extraction instrumentale ont un ressenti plutôt, voire très positif de l'accouchement, contre 90% des patientes ayant accouché spontanément.

Notre première hypothèse est ainsi confirmée : la satisfaction maternelle diminue en cas d'extraction instrumentale.

IV- Satisfaction et facteurs obstétricaux et néonataux

Hypothèse 2 : La satisfaction maternelle est liée au mode de mise en travail et aux complications maternelles et néonatales.

4) Le mode de mise en travail

L'association entre le mode de mise en travail et la satisfaction maternelle est controversée. Pour Stadlmayr (5), le déclenchement du travail intervient peu dans la satisfaction des patientes, il est uniquement associé à un plus haut niveau d'inconfort physique. Pour Waldenstöröm (12), le déclenchement du travail est associé à une baisse de la satisfaction maternelle. Dans cette étude, seules 7,2% des patientes ayant eu un déclenchement artificiel du travail se déclarent plutôt insatisfaites. Pour Floris, le déclenchement artificiel du travail diminue également la satisfaction maternelle (8). Salmon, dans une étude menée en 1992 (27), montre au contraire que le déclenchement du travail diminue le stress maternel et l'inconfort physique.

Notre étude montre que les patientes ayant eu un déclenchement artificiel du travail sont significativement moins satisfaites de l'ensemble de leur travail et de leur accouchement que les patientes ayant eu un travail spontané. En effet, 25% des patientes déclenchées se déclarent plutôt insatisfaites. Ce chiffre est donc supérieur à ceux retrouvés dans la littérature, peut être en raison du faible effectif de notre échantillon. Les techniques de déclenchement du travail utilisées ne sont pas détaillées dans la littérature. 60% des patientes déclenchées de notre échantillon ont été maturées préalablement par prostaglandines, ce qui implique une hospitalisation et un processus long (24 heures minimum) peu confortable, d'autant plus long que ce sont des primipares, ce qui peut être mal vécu par les patientes, et expliquer ainsi la différence de satisfaction. Il paraît donc important de prévenir les femmes lors du suivi de la grossesse de la fréquence des déclenchements artificiels du travail chez les primipares.

5) Les complications maternelles

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux étudiant la satisfaction maternelle à court terme après une hémorragie du post-partum ou des lésions périnéales.

Concernant les lésions périnéales, notre étude n'a pas retrouvé de différence significative de satisfaction entre les patientes ayant une déchirure périnéale du premier degré et celles ayant une épisiotomie. Cela peut s'expliquer par le fait que nous ayons rencontré les patientes au deuxième jour du post-partum, le périnée était donc encore oedématié et douloureux chez toutes les patientes. L'étude menée par la DRESS (4) montre également que la part des patientes insatisfaites de leur accouchement est semblable dans les 15 jours suivant l'accouchement en cas d'épisiotomie et de déchirure, respectivement 5,7 et 5,2%.

En revanche, notre étude retrouve une moindre satisfaction maternelle en cas de lésion périnéale du deuxième degré. En effet, 66.7% des patientes se déclarent plutôt moins satisfaites après ce type de lésion. Les difficultés d'élimination résultant de ce type de lésion et la douleur plus importante sont deux facteurs permettant d'expliquer cette satisfaction moindre. Un seul cas de lésion périnéale du troisième degré est présent dans notre échantillon, ce qui ne nous permet pas d'évaluer une différence. Il est à noter que notre étude ne nous permet pas de comparer la satisfaction des patientes avec et sans lésions périnéales car aucune primipare à bas risque de notre échantillon n'a eu un périnée complètement intact après l'accouchement.

Une évaluation de la satisfaction des patientes à plus long terme avec des questions ouvertes permettrait d'évaluer de manière plus précise les conséquences physiques et psychiques des lésions périnéales.

Concernant les complications hémorragiques, notre étude montre une baisse de la satisfaction importante après une hémorragie du post-partum. Dans cette situation, 60% des patientes se déclarent plutôt insatisfaites.

Deux facteurs peuvent l'expliquer :

- la survenue d'une hémorragie est source d'une grande anxiété, ce qui est, comme nous l'avons vu précédemment, associé à une expérience plus négative de la naissance. Tout cela représente des soins lourds et stressants nécessitant une surveillance plus longue en salle

de naissance, en salle de surveillance post-interventionnelle ou en réanimation, engendrant une séparation de la mère et de son enfant.

- de plus, l'anémie consécutive à l'hémorragie engendre une fatigue plus importante dans les premiers jours du post-partum et donc une gêne dans les soins au nouveau-né.

Là encore, une étude menée avec des questions ouvertes permettrait d'analyser plus précisément les facteurs permettant d'expliquer la baisse de satisfaction.

6) Les complications néonatales

Nous avons retrouvé peu d'études mettant en évidence la satisfaction des patientes selon l'état de l'enfant à la naissance.

Floris (8) et Waldenstörn (12) retrouvent dans leurs études qu'une pathologie néonatale et un transfert du nouveau-né est associée à une expérience plus négative de la naissance. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un transfert néonatal entraîne une angoisse, une inquiétude maternelle, ce qui peut entraîner une moindre satisfaction.

Notre étude montre que la satisfaction globale des patientes n'est pas modifiée en cas de transfert néonatal. En effet, 66.7% des patientes de notre échantillon dont l'enfant a été transféré sont plutôt satisfaite ou très satisfaite de leur travail et de leur accouchement. Notre étude compte peu de transferts néonataux, ce qui peut expliquer ce chiffre assez surprenant.

Notre deuxième hypothèse est ainsi partiellement confirmée, car le mode de mise en travail et la survenue de complications maternelles influent sur la satisfaction, contrairement aux complications néonatales.

V- Satisfaction, accompagnement et information

Hypothèse 3 : La satisfaction maternelle n'est pas uniquement liée à l'acte en lui-même, d'autres facteurs sont également liés, notamment l'accompagnement et l'information.

. De nombreuses études menées notamment à l'étranger posent la relation avec le soignant comme facteur déterminant de la satisfaction, tous domaines médicaux confondus (4, 6, 8, 9, 28). Une attitude attentive, un temps pris pour les soins mais également un temps d'écoute, d'information et de communication sont nécessaires pour une prise en charge et une satisfaction optimales des patients.

3) L'accompagnement

La situation de la périnatalité est en constante amélioration, mais ces progrès et évolutions ne se font pas sans modifier l'environnement de la naissance, parfois au prix d'un excès de médicalisation. Cela se fait généralement sans qu'ait été instauré un dialogue et une écoute suffisante avec les couples, entraînant ainsi un mécontentement et une insatisfaction des couples en général et de la patiente en particulier (25).

L'étude menée par la DRESS en 2006 montre en effet un taux de complète satisfaction de moins de 65% concernant l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement, ce qui est très peu et donc plutôt préoccupant quand on sait l'importance de la relation avec le soignant. Le point positif est que seules 6% des patientes se sont déclarées complètement insatisfaites.

Dans notre étude, nous avons évalué l'accompagnement de la sage-femme pendant le travail et l'accouchement à travers trois aspects : sa disponibilité pendant le travail, ses explications données au moment des poussées et ses encouragements pendant les poussées. Un point positif est que seules 7,5% des patientes ont jugé sa disponibilité insuffisante et ses encouragements plutôt inexistantes, sans différence significative entre extraction instrumentale et voie basse spontanée. Mais le taux de « très satisfaites » varie entre 52,5 et 72,5% selon

l'aspect considéré, ce qui est encore insuffisant. Concernant les explications données au moment des poussées, nous constatons une différence significative en cas d'extraction instrumentale, puisque dans ce cas 25% des patientes les jugent insuffisantes. Ces chiffres sont plus difficiles à interpréter. En effet, les patientes peuvent juger les explications données insuffisantes par le simple fait que leur poussée n'a pas forcément suffit.

Le point important de notre étude est que nous constatons une corrélation significative entre accompagnement de la sage-femme et satisfaction. Cette corrélation se retrouve aussi bien au niveau du ressenti de l'accouchement uniquement qu'au niveau de l'encadrement global du travail. Ainsi, indépendamment de tous les autres facteurs obstétricaux ou non, la satisfaction maternelle augmente proportionnellement à la disponibilité de la sage-femme, à son soutien et ses encouragements, et ce que l'accouchement se fasse par voie basse spontanée ou par extraction instrumentale. Cela montre bien que la qualité de la relation avec le soignant est à lui seul un facteur déterminant de la satisfaction.

4) L'information

Nous avons vu dans la première partie de ce travail que le contrôle personnel, c'est-à-dire l'implication dans la démarche de soins, est important pour que les patientes soient satisfaites. Cela signifie donc qu'elles doivent être informées des procédures et actes médicaux pratiqués, avec un vocabulaire approprié, pour être ainsi responsables de leur santé. La loi du 4 Mars 2002 posant la notion de consentement libre et éclairé rejoint également ce point.

Les chiffres retrouvés dans l'étude de la DRESS montrent bien les réserves exprimées par les femmes sur les capacités des professionnels à expliquer leurs démarches. Ainsi, seules 70% des patientes considèrent les informations reçues au cours du travail et de l'accouchement claires et suffisantes. Ces chiffres varient en fonction des actes médicaux pratiqués, notamment en cas de césarienne et d'épisiotomie. Malheureusement, les chiffres en cas d'extractions instrumentales n'y sont pas spécifiquement détaillés.

Notre étude montre des résultats plutôt surprenants puisque seules 28% des patientes ayant eu une extraction instrumentale en connaissent réellement le motif. Plus préoccupant

encore, 35% des patientes interrogées n'en connaissent pas le motif. Ces chiffres peuvent également expliquer les différences de satisfaction entre les naissances par voie basse spontanée et les naissances par voie basse instrumentale. Mais ces chiffres sont problématiques quand on sait depuis de nombreuses années que la naissance peut être associée à long terme à des symptômes d'anxiété, voire de stress post-traumatique lorsque la naissance a été difficile ou lorsque des incompréhensions persistent (28).

Une extraction instrumentale est réalisée dans un contexte d'urgence, peu propice à une information détaillée de la part des soignants, et où les capacités de compréhension de la patiente peuvent être altérées par les événements. C'est ce que montre d'ailleurs notre étude puisque 92,5% des patientes ont reçu l'explication du motif d'extraction instrumentale juste avant sa réalisation mais seules 28% connaissent ce motif au deuxième jour du post-partum. Notre étude met ainsi en évidence un point majeur : aucune patiente n'a eu de complément d'information après la naissance dans le service de suites de couches.

Ces chiffres soulignent donc l'importance de fournir des informations claires et adaptées à chaque patiente, au moment propice, mais également l'importance de retourner voir la femme pour rediscuter à distance des circonstances de l'extraction instrumentale.

Notre troisième hypothèse est donc validée : la satisfaction maternelle est liée à l'accompagnement et à l'information des patientes.

VI- Rôle de la sage-femme

Hypothèse 4 : La sage-femme a un rôle important d'information et d'encadrement, même en cas d'extraction instrumentale.

4) En prénatal

La préparation à la naissance et à la parentalité a beaucoup évolué et constitue aujourd'hui un moment privilégié d'accompagnement, permettant d'instaurer un dialogue entre les couples et les professionnels de santé. Elle favorise des apprentissages spécifiques à chaque période de la grossesse, concernant aussi bien l'alimentation et les techniques corporelles que la construction des liens familiaux. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), elle permet de « créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels et d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité » (24). Les sages-femmes sont habilitées à la pratiquer (Article L.4151-1 du Code de Santé Publique), qu'elles exercent en établissement public, privé ou en libéral. Dans l'Enquête périnatale 2003, 66,6% des primipares ont suivi une préparation durant leur grossesse.

Huit séances de préparation à la naissance sont prises en charge par le système d'assurance maladie, réparties généralement dans le dernier trimestre de la grossesse. L'HAS recommande, depuis 2004, de réaliser une première séance durant le premier trimestre de la grossesse permettant ainsi d'identifier les besoins d'information des parents. Cette première séance peut être l'occasion d'exprimer leurs souhaits concernant le suivi de la grossesse et la naissance. Cela peut prendre la forme d'un document écrit, un projet de naissance, qui permettra de communiquer avec les équipes. Il encourage les patientes à se sentir plus responsables et moins passives devant le pouvoir médical. Ce projet est élaboré par la femme tout au long de la grossesse, grâce aux échanges réalisés et aux réponses apportées par la sage-femme. La réalisation de ce projet tout au long de la grossesse conjointement avec la sage-femme permet au couple d'exprimer ses demandes tout en tenant compte des réalités professionnelles, ce qui permet de limiter conflits et incompréhensions au moment de la naissance.

De plus, le plan de périnatalité 2005-2007 (3) prévoit la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois, qui doit être systématiquement proposé aux femmes enceintes ou aux couples au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Cet entretien a pour objectif de « favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet ». Cet entretien est réalisé par une sage-femme ou par un autre professionnel de la naissance. C'est l'occasion là encore pour les couples de poser différentes questions, d'organiser un projet de naissance, et pour le professionnel de répondre à leurs questions tout en abordant différents aspects psychoaffectifs. Si aucune préparation à la naissance n'avait encore été envisagée, les différentes méthodes sont expliquées à la patiente afin de l'orienter au mieux.

La préparation à la naissance mélange un enseignement théorique concernant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, et une préparation corporelle basée sur la respiration. Les différents modes d'accouchements ainsi que leurs indications générales doivent donc y être abordés, avec un vocabulaire adapté aux patientes.

5) En per-partum

Nous avons vu précédemment que la satisfaction maternelle dépend de nombreux facteurs, qu'ils soient modifiables ou non. Une extraction instrumentale fait partie a priori des facteurs non modifiables. Mais l'encadrement et l'information qui l'entourent peuvent être modifiés.

L'Article L.4151-3 du code de la Santé Publique précise qu'« en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin ». Les sages-femmes n'ont donc pas la compétence de réaliser les extractions instrumentales lors d'un accouchement.

Cependant, elles sont généralement présentes auprès de la patiente avant et pendant l'extraction instrumentale, ce qui peut et doit être l'occasion non seulement d'encourager la patiente mais également de lui expliquer ce qui va être fait et pourquoi. L'information n'a pas forcément besoin d'être longue, une explication brève mais claire et compréhensible suffit à ce moment-là, les capacités de compréhension de la patiente n'étant pas forcément optimales.

Cette explication permet juste de donner l'information minimale nécessaire avant tout soin et tout acte, de limiter l'anxiété de la patiente et de lui faire comprendre l'importance et parfois l'urgence de cette extraction instrumentale. Cette information ne se substitue pas à celle qui doit être fournie par le praticien effectuant l'extraction mais elles peuvent se compléter.

Les sages-femmes ont l'avantage d'avoir suivi les patientes durant tout le travail, instaurant ainsi une relation particulière de confiance et d'écoute. Les patientes sont donc très réceptives aux informations qu'elles leur donnent, qui leur semblent peut être plus marquantes que celles fournies par un praticien qu'elles ne verront qu'une seule fois, à un moment donné.

6) En post-natal

Pour certains auteurs comme Small, il n'existe pas de bénéfice à long terme d'une deuxième explication, d'un « debriefing » avec une sage-femme après une naissance par extraction instrumentale, en matière de dépression du post-partum (29, 30, 31). Mais pour lui, les bénéfices de ce « debriefing » concernant d'autres problèmes émotionnels ne peuvent cependant pas être exclus. Pour Gamble (27), la naissance peut être associée à des troubles émotionnels importants pouvant s'ancrer profondément jusqu'à produire des symptômes de stress post-traumatique (irritabilité, cauchemars, troubles du sommeil, hypervigilance) ou des dépressions du post-partum. Si ces symptômes persistent plus d'un mois, ils peuvent affecter les capacités de la mère à s'occuper de son enfant mais également affecter les relations familiales et le développement de l'enfant. Tschudin, dans une étude publiée en 2009 (32) a montré qu'une anxiété ou une insatisfaction lors d'un premier accouchement peut être source d'angoisse pour un futur accouchement, pouvant parfois amener la patiente à demander une césarienne.

Gamble propose ainsi une stratégie d'écoute et de discussion entre le personnel soignant, notamment la sage-femme, et la patiente durant l'hospitalisation en suites de couches pour tenter de limiter ces troubles. Sa stratégie consiste premièrement en une écoute de l'expérience vécue par la femme, de ses angoisses, de ses pensées, qui ont pu varier depuis la naissance. Le support qui est alors offert à la patiente lui donne l'opportunité d'exprimer les besoins qu'elle avait. Se remémorer et exprimer ainsi les événements permet à la femme

d'identifier et de mettre des mots sur toutes ses incompréhensions, sans peur d'être jugée. Cela permet ainsi de comparer ses perceptions, d'échanger. Discuter en présence du conjoint peut être bénéfique car lui aussi peut faire part de ses perceptions, ce qui enrichit ce moment d'échange.

La patiente a ensuite généralement besoin d'analyser ce qui a été fait pendant le travail, pour savoir si une solution alternative était possible. Seule la sage-femme peut répondre à ces questions et lui expliquer les choix qui ont été faits.

Le moment propice à la communication et aux explications doit être le post-partum, lorsque l'émotion de la naissance commence à s'estomper, que l'anxiété devient plus importante et que sage-femme et patientes sont plus disponibles pour écouter et échanger. C'est le support nécessaire aux patientes pour comprendre et ainsi accepter les différents actes pratiqués. Gamble, dans son étude, trouve ainsi que 90% des primipares souhaiteraient une opportunité d'échange avec la sage-femme dans le post-partum.

Notre quatrième hypothèse est ainsi validée : la sage-femme a un rôle important d'encadrement et d'information, même et surtout en cas d'extraction instrumentale.

VII- Propositions

En regard des résultats de notre étude et de notre discussion, nous pouvons soumettre quelques propositions :

- Information de la patiente :
 - En prénatal, favoriser l'élaboration d'un projet de naissance avec les informations nécessaires sur les différentes modalités d'accouchement tout en expliquant les réalités professionnelles. Favoriser également l'accès à la préparation à la naissance à toutes les femmes, surtout les primipares, et leur exposer le risque d'extraction instrumentale (25% des primipares à bas risque).
 - En post-partum, favoriser le dialogue avec les patientes afin de mieux évaluer le retentissement de l'accouchement et de répondre à leurs questions, pour qu'aucune question ne persiste au moment du retour à domicile. La création de groupe de paroles de petits effectifs de patientes animé par une sage-femme permettrait également aux femmes d'échanger plus librement leurs expériences, tout en ayant un point de vue de professionnel.

- Formation continue des sages-femmes
 - Notre profession associe compétences médicales et encadrement psychologique. La formation continue doit donc concerner ses deux aspects. Une formation des sages-femmes sur les nécessités et les techniques d'entretien en post-partum favoriserait les échanges et majorerait ainsi la satisfaction maternelle.

- Tenter de diminuer le taux d'extraction instrumentale pour non progression
 - Respecter les protocoles et ne pas installer trop tôt les femmes pour débiter les efforts expulsifs.
 - Faire pousser plus longtemps si le rythme cardiaque fœtal est normal pour diminuer le taux d'extraction instrumentale pour non progression.

Conclusion

La satisfaction est un concept complexe et multidimensionnel. La satisfaction en santé est depuis 1996 une obligation réglementaire et est reconnue comme un indicateur de la qualité des soins.

Notre étude a montré un niveau relativement élevé de satisfaction et a permis de mettre en évidence les différents facteurs obstétricaux influençant la satisfaction des femmes, notamment les extractions instrumentales. Bien que la réalisation d'une extraction instrumentale ne fasse pas partie des compétences des sages-femmes et que la nécessité d'en réaliser une en urgence ne puisse être modifiée, nous avons pu constater la nécessité d'accompagnement et d'information pour augmenter la satisfaction des patientes, et donc le rôle majeur que peut jouer la sage-femme du début de la grossesse jusqu'en suites de couches pour augmenter la satisfaction des femmes, même en cas d'extraction instrumentale.

Le séjour en suites de couches doit être l'occasion pour les sages-femmes d'organiser un accompagnement à la parentalité mais également de rediscuter avec la patiente des circonstances de l'accouchement afin qu'aucune incompréhension ne persiste au moment du retour à domicile, ce qui pourrait être source d'anxiété pour l'avenir.

Une étude menée dans les mois suivants l'accouchement avec des questions plus ouvertes permettrait de mieux saisir les besoins qu'avaient les patientes et d'évaluer les conséquences à plus long terme des extractions instrumentales.

Bibliographie

- (1) SAAL.D., HEIDEGGER.T., NUEBLING.M, 2006, L'évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens?, *Le praticien en anesthésie réanimation*, Elsevier Masson, p.305-311
- (2) LABARERE.J, FRANCOIS.P, 1999, Evaluation de la satisfaction par les établissements de soins. Revue de la littérature. *Revue Epidémiologique et de Santé Publique*, Masson, p175-184
- (3) Plan périnatalité 2005-2007
- (4) COLLET.M, septembre 2008, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, *Etudes et Résultats n°660*, DRESS
- (5) STADLMAYR.W., SCHNEIDER.H., AMSLER.F., BÜRGIN.D., 2004, How do obstetric variables influence the dimension of the birth experience as assessed by Salmon's item list ?, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*, 115, p.43-50
- (6) CHRISTIAENS.W., BRACKE.P, Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective, 2007, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7 :26
- (7) JANSSEN.P, CARTY.E., REIME.B, Satisfaction with planned place of Birth among Midwifery clients in British Columbia, 2006, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51. p.91-97
- (8) FLORIS.L, MERMILLOD.B, Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction lors de l'accouchement, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 58 (2010) 13-22
- (9) HARVEY.S, RACH.D, Evaluation of satisfaction with midwifery care, 2002, *Midwifery* n°118, p.260-267
- (10) DICKINSON.JE, PAECH.MJ, Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour, 2003, *Australian and New Zealand Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 43, p.463-468
- (11) HODNETT.E, Pain and women's satisfaction with tuh experience of childbirth : a systematic review, 2002, *Journal of Obsterics & Gynecology*, Vol 186 n°5, p.160-175

- (12) WALDENSTORM.U., Experience of labour and birth in 1111 women, 1999, *Journal of Psychosomatic Research*, vol 47 n°5, p.471-482
- (13) Enquêtes Nationales Périnatales 1998 et 2003
- (14) LE RAY.C., GAUDU.S, Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3, 2004, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* , 33 (cahier1), 30-36
- (15) SHARMA.V, COLLERAN.G, Factors influencing delivery mode for nulliparous women with a singleton pregnancy and cephalic presentation during a 17-year period, 2009, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147 (2009) 173-177
- (16) Texte des Recommandations pour la Pratique Clinique, 2008, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37, S297-S300
- (17) LE RAY.C, AUDIBERT.F., Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. J *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008;37(4):325-8.
- (18) BERTHET.J, Extractions instrumentales du fœtus, 2003, *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 5-095-A-10
- (19) BEUCHER.G, Complications maternelles des extractions instrumentales, 2008, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37, S244-S259
- (20) MEYER.S, HOHLFIELD.P, Birth trauma : short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery, 2000, *BJOG*, 107 :1360-5
- (21) COMBS.CA., Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth, 1991, *European Journal of Obstetric & Gynecology*, 77, p69-76
- (22) BAUD.O., Complications néonatales des extractions instrumentales, 2008, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 37, S260-S268
- (23) POGGI.SH, GHIDINI.A, Effect of operative vaginal delivery on the outcome of permanent brachial plexus injury, 2003, *J Reprod Med* 48:692-696
- (24) DUPUIS.O, Comparison of "instrument-associated" and "spontaneous" obstetric depressed skull fractures in a cohort of 68 neonates, 2005, *Am J Obstet Gynecol*; 192:165-170
- (25) PAUCHET-TRAVERSAT.A-P, Naître en France, Déc.2007-Mars.2008, *ADSP* n°61-62 : 17-98
- (26) KOPFF-LANDAS.A, MOREAU.A., Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative, 2008, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 36 : 1101-1104

- (27) SALMON.P, Multidimensional assessment of women's experience of childbirth : relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history, *Journal of Psychosomatic Research*, 1992; 36 (4): 317-327
- (28) GAMBLE.J, Counselling processes to address psychological distress following childbirth: perceptions of women, 2004, *Australian Midwifery Journal ACM*; 17 (3): 12-15
- (29) RIJNDERS.M, Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands, 2008, *BIRTH*, 35: 2 (107-118)
- (30) SMALL.R, Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomised trial, 2006, *BMC*, 1; 4:3
- (31) SMALL.R, Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth, 2000, *BMJ*, 321: 1043-7
- (32) TSCHUDIN.S, Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand?, Sept 2009, *Journal of Pscychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 30(3): 175-180

Annexes

ANNEXE I- The Labour Agency Scale

1. I felt competent.
2. I was dealing with labor
3. Everything made sense.
4. I felt very responsible.
5. I felt incomplete, I was going to pieces.
6. I felt secure.
7. I felt incapable.
8. I experienced a sense of great anxiety.
9. I felt adequate.
10. I felt open and receptive.
11. I felt good about my behavior.
12. I felt powerless.
13. Sense of being with others who care
14. I didn't know what to expect.
15. I experienced complete awareness.
16. Everything seemed unclear and unreal.
17. I felt relaxed.
18. I experienced a sense of conflict.
19. I felt fearful.
20. I had a sense of not being in control.
21. I felt important.
22. I everything seemed wrong.
23. I felt victorious.
24. Experienced a sense of active striving.
25. I had a feeling of being confined.
26. I felt awkward.
27. Someone else was in charge of my labor.
28. I experienced a sense of success.
29. I had a sense of perspective.

ANNEXE II- LA TRADUCTION DES 30 ITEMS DU QUESTIONNAIRE WOMBLSQ4 REPARTIS EN DIX COMPOSANTES.

1. Le soutien des soignants

7. (+) Le personnel soignant m'a beaucoup encouragée lors de l'accouchement. . .
13. (+) Le personnel soignant a toujours écouté très très attentivement tout ce que j'avais à dire. . .
19. (+) Pendant le travail, il y avait toujours un soignant pour m'expliquer les choses clairement. . .
27. (+) J'ai été traitée par l'ensemble du personnel soignant le plus amicalement et courtoisement possible. . .
32. (+) Le personnel soignant n'aurait pas pu mieux me soutenir. . .

2. Les attentes

1. (+) Mon travail s'est déroulé tout à fait normalement. . .
11. (+) Le travail s'est déroulé pratiquement comme je l'avais espéré. . .
17. (+) L'accouchement s'est déroulé presque exactement comme je l'espérais. . .
22. (+) La durée de mon travail était acceptable. .
3. L'évaluation à domicile en début de travail
8. () J'aurais souhaité une évaluation à domicile au début du travail. . .
15. () Aux premiers signes supposé s de mon travail, j'aurais apprécié qu'un soignant vienne à domicile pour me le confirmer..
28. () Dès le début de mon travail, une évaluation à domicile m'aurait été très utile. . .

4. Le premier contact avec le nouveau-né

3. (+) J'ai pu voir mon bébé exactement au bon moment après sa naissance. . .
10. () Après l'accouchement, on ne m'a pas donné mon bébé aussi vite que je le souhaitais. . .
18. () J'aurais eu besoin de tenir mon bébé plus tôt...

5. Le soutien du partenaire présent à l'accouchement

2. (+) Mon partenaire/mari m'a aidé(e) à comprendre ce qui se passait pendant mon travail. . .
23. (+) Mon partenaire/mari n'aurait pas pu mieux me soutenir. . .
29. () J'aurais préféré que mon partenaire m'aide un peu plus pendant l'accouchement. . .

6. L'accompagnement de la douleur

9. () On aurait dû m'offrir quelque chose de plus pour soulager mes douleurs pendant le travail. . .
20. (+) J'ai reçu d'excellents antidouleurs pendant le travail. . .
26. () Davantage d'antidouleurs auraient rendu mon travail plus facile. . .

7. La prise en compte des douleurs après la naissance

6. () On aurait dû me proposer quelque chose en plus pour soulager les douleurs que j'ai eues après la naissance de mon bébé. . .

16. () Juste après l'accouchement, j'avais encore passablement mal. . .

31. (+) Je n'ai pas eu besoin de beaucoup d'antidouleurs après la naissance. . .

8. La connaissance des soignants pendant l'accouchement

5. (+) Au début du travail, je connaissais déjà très bien le personnel soignant. . .

24. (+) Je connaissais le personnel soignant présent à l'accouchement. . .

9. L'environnement

4. () La salle d'accouchement était un peu impersonnelle et médicalisée. . .

14.(+) Le lieu où j'ai accouché était très agréable et reposant. . .

10. Le contrôle du travail et de la situation

21. () Pendant le travail, j'avais l'impression que tout le monde me disait ce que je devais faire. . .

30. () Pendant le travail, il était simplement question de faire ce que les soignants me disaient de faire. . .

LA SATISFACTION EN GENERAL

12. (+) Les soins pendant le travail n'auraient pas pu être meilleurs. . .

25. () Mis à part une ou deux choses concernant les soins reçus pendant le travail, je suis satisfaite. . .

31) hémorragie du post-partum (RU, révision du col et du vagin sous valve, Nalador, transfusion, embolisation, hystérectomie)

Caractéristiques néonatales :

32) poids de naissance :

33) PC :

34) Sexe :

35) Apgar :

36) pH :

37) transfert (SDC, UME, Réa néonatal) :

n° de fiche :

Date d'accouchement :

Forceps / VBS

QUESTIONNAIRE :

Etant étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque-Port Royal, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème « Satisfaction maternelle et mode d'accouchement ». Pour cela, j'ai besoin que vous me fassiez partager un peu de votre expérience à travers ces quelques questions. Ce questionnaire reste confidentiel. Je vous remercie des quelques minutes que vous lui accorderez.

1) Etes-vous globalement satisfaite de votre accouchement ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

2) Combien de temps êtes-vous restée en Salle de Naissance ?

3) La sage-femme était-elle disponible lors du travail ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

4) Vous a-t-on expliqué clairement la manière de pousser (en bloquant/en expirant) ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

5) Sentiez vous correctement le bas de votre corps au moment des poussées ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

6) Vous êtes-vous sentie suffisamment encouragée par la sage-femme au moment de pousser ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

7) Savez vous combien de temps vous avez poussé ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Si oui, combien de temps à votre avis?

8) Vous seriez-vous sentie capable de pousser plus longtemps ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Si oui, combien de temps ?.....

9) Votre poussée vous paraissait-elle efficace ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

10) Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?

Oui Non.

Si oui, ces cours vous ont-ils aidé au moment du travail?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Si oui, ces cours vous ont-ils aidé au moment des poussées?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Les questions 11 à 14 concernent les patientes ayant eu un forceps ou des spatules :

11) Savez-vous pourquoi un forceps ou des spatules ont été pratiqués ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Si oui, pourquoi ?

12) Vous a-t-on expliqué clairement cette raison ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

Si oui, était-ce en salle de naissance avant le forceps, après le forceps, ou dans le service de suites de couches ? (Plusieurs réponses possibles)

Les explications vous ont été données par : la sage-femme, le médecin ou les deux ?

13) Avez-vous eu la sensation que quelqu'un a pris en charge l'accouchement à votre place ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

14) Avez-vous eu un sentiment d'échec ?

Non, pas du tout Plutôt non Plutôt oui Oui, tout à fait

La question suivante concerne toutes les patientes :

15) Parmi les propositions, entourez 3 adjectifs qui expriment le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'accouchement :

compétente incapable anxieuse soutenue épuisée active détendue

passive responsable dépendante sécurisée mise à l'écart

Résumé

Contexte : En santé, la satisfaction est un indicateur de la qualité des soins. C'est pour cette raison que l'évaluation de la satisfaction des patientes est devenue une obligation réglementaire. Mais l'obstétrique est une spécialité où les nombreuses attentes des parents et l'urgence des interventions peuvent parfois se heurter. **Buts :** Ce travail a pour but d'identifier les différents facteurs obstétricaux influençant la satisfaction des femmes, et notamment l'impact d'une extraction instrumentale. Nous recherchons également si la satisfaction des patientes pourrait être augmentée en modifiant certains de ces facteurs, notamment l'accompagnement de la sage-femme. **Méthode :** Nous avons mené une étude prospective de type comparatif exposés-non exposés à la maternité Port Royal de Juin à Octobre 2009, à l'aide d'un questionnaire issu partiellement du *Labour Agency Scale* et d'un recueil de données sur le dossier médical. **Résultats :** Les patientes ayant eu une extraction instrumentale sont significativement moins satisfaites que celles ayant accouché par voie basse spontanée. Un déclenchement artificiel du travail et la survenue d'une hémorragie du post-partum diminuent également la satisfaction. Nous observons une corrélation entre accompagnement de la sage-femme et satisfaction quel que soit le mode d'accouchement, mais nous constatons également un manque important d'informations en cas d'extraction instrumentale : 35% ne connaissent pas le motif d'extraction instrumentale et aucune patiente n'a rediscuté de ce motif en post-partum avec la sage-femme ou le médecin. **Conclusion :** Les facteurs obstétricaux influençant la satisfaction ne sont pas modifiables, mais l'accompagnement et l'information sont des facteurs modifiables, montrant ainsi le rôle important que peut jouer la sage-femme même en cas d'extraction instrumentale.

Mots-clés : satisfaction, extraction instrumentale, accompagnement

Abstract

Background : For health, satisfaction is an indicator of quality care. That's why patient's satisfaction evaluation became a regulatory requirement. But obstetric is a speciality where parent's expectations and interventions in emergency cannot always cohabit. **Aims :** We do this work to identify the obstetrical factors which influence women satisfaction, including the impact of instrumental vaginal delivery. We search how patient's satisfaction could be increased if we change some of those factors, including the midwife support. **Method :** We conducted a prospective comparative study type of exposed-unexposed at Port-Royal maternity during June to October 2009, using a test partially issued from *Labour Agency Scale* and a report of data on the medical record. **Results :** After instrumental vaginal delivery, women are significantly less satisfied than women after spontaneous vaginal delivery. Induction and post partum haemorrhage reduce patient's satisfaction too. We measure a correlation between midwife support and satisfaction whatever the mode of delivery, but we observe an important lack of information in case of instrumental vaginal delivery: 35% of women don't know the indication of instrumental vaginal delivery and this indication were never explain in post partum by the doctor or the midwife. **Conclusion :** The obstetric variables influencing patients satisfaction can't be modified, but the support and the information can be modified, showing the important role which the midwife can have.

Keywords: satisfaction , instrumental vaginal delivery, support