



HAL
open science

**Informations et satisfactions de l'accouchement
dystocique : à propos de 85 patientes ayant eu recours à
une extraction instrumentale ou à une césarienne en
urgence à terme**

Laura Dupré

► **To cite this version:**

Laura Dupré. Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique : à propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence à terme. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00787174

HAL Id: dumas-00787174

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00787174>

Submitted on 11 Feb 2013

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne – Faculté de Médecine

**INFORMATIONS ET SATISFACTIONS
DE L'ACCOUCHEMENT
DYSTOCIQUE.**

A propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une
césarienne en urgence à terme.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Laura DUPRE

Née le 30 Août 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire :

Ma directrice de mémoire, Chloé Vankenhove, sage-femme au CHU Estaing, pour ses conseils avisés.

Ma Sage-femme référente, Inès Parayre, pour ses corrections attentives et son soutien.

Les patientes du CHU Estaing qui ont bien voulu remplir mon questionnaire.

Je tiens également à remercier :

Ma famille, et surtout ma mère pour son aide et son soutien durant toute ma scolarité.

Maxime et Anaïs pour leurs corrections de dernières minutes et leur gentillesse depuis toutes ces années.

L'ensemble des étudiants de ma promotion avec lesquels j'ai traversé les bons et les mauvais moments de ces quatre dernières années.

Et plus particulièrement mes "coupines" : Marjorie, Cécile, Brune, Cynthia, Camille, Delphine et Cindy pour tous ces moments passés ensemble...

CITATIONS

"L'accouchement est douloureux. Heureusement, la femme tient la main de l'homme. Ainsi, il souffre moins."

Pierre Desproges

"Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même..."

Bernard Werber

GLOSSAIRE

APD : anesthésie péri médullaire
AVP : accident de la voie publique
CHU : centre hospitalier universitaire
Cs : consultation
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EE : efforts expulsifs
EEI : efforts expulsifs insuffisants
EVA : échelle visuelle analogique
FIV : fécondation in vitro
HTA : hypertension artérielle
IVG : interruption volontaire de grossesse
LA : liquide amniotique
MAP : menace d'accouchement prématuré
NEP : non engagement de la présentation
NPP : non progression de la présentation
ORL : oto-rhino-laryngologie
PDE : poche des eaux
PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
PP : post partum
RCF : rythme cardiaque fœtal
RSA : revenu de solidarité active
SDN : salle de naissance
SA : semaine d'aménorrhée
SF : sage femme
vs : versus

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

REVUE DE LA LITTERATURE

I- L'information aux femmes enceintes.....	3
II- Les extractions instrumentales.....	8
III- La césarienne.....	14
IV- Satisfaction des patientes et mode de naissance.....	18

METHODOLOGIE

I- Objectif de la recherche.....	22
II- Type d'étude.....	22
III- Matériels et méthodes.....	23

ANALYSES ET RESULTATS

I- Description de la population.....	28
II- Informations sur la césarienne en urgence et les extractions instrumentales.....	33
III- Satisfaction des patientes ayant eu une césarienne en urgence ou une extraction instrumentale.....	39

DISCUSSION

I- Limites de l'étude.....	46
II- Description de la population.....	47
III- Informations sur la césarienne en urgence et les extractions instrumentales.....	50
IV- Satisfaction des patientes ayant eu une césarienne en urgence ou une extraction instrumentale.....	56
V- Projet d'action.....	60

CONCLUSION.....	64
-----------------	----

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Actuellement 33.1% des accouchements ont lieu par extraction instrumentale ou par césarienne (programmée ou en urgence) [1]. Ces naissances ne sont pas anodines, ni pour la mère ni pour l'enfant, mais peu de patientes semblent informées sur ce sujet. Et pourtant ces modes de naissance, alternatifs à un accouchement voie basse spontanée, sont parfois source de troubles psychologiques pour la mère.

Certaines situations obstétricales imposent à l'équipe médicale et à la femme enceinte le recours à un autre moyen d'accouchement. La patiente se retrouve face à une situation imprévue à laquelle elle ne s'attendait probablement pas. Sa satisfaction s'en trouvant donc modifiée. Cette dernière est cependant difficile à évaluer en périnatalité, période de labilité émotionnelle où la patiente connaît de multiples bouleversements.

Cependant, pendant la grossesse et l'accouchement, les patientes reçoivent de multiples informations concernant leur suivi, leur grossesse, leur futur accouchement... Ainsi, il nous a paru intéressant de savoir si les femmes enceintes étaient informées, pendant la période périnatale, sur les extractions instrumentales et la césarienne en urgence ; et si tel était le cas par qui ces informations avaient été données, et si elles étaient satisfaites de celles-ci.

Nous nous sommes également intéressés dans ce travail à l'impact d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne en urgence sur la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur accouchement. Nous avons voulu savoir si les informations fournies durant la période périnatale influençaient la satisfaction des femmes à propos de leur accouchement.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer le nombre de patientes, ayant eu recours à une césarienne en urgence ou à une extraction instrumentale, qui a été informé durant la période périnatale sur ces types de naissance.

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'étudier la satisfaction globale des patientes ayant eu un accouchement dystocique, à savoir la césarienne en urgence ou l'extraction instrumentale, et d'évaluer l'influence de l'information reçue à ce sujet sur leur vécu.

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de la littérature sur le sujet, à savoir sur l'obligation d'information par les professionnels de santé, sur les indications et les complications de l'extraction instrumentale et de la césarienne en urgence, et sur la satisfaction des femmes à propos de ces types de naissance.

Dans un second temps, nous avons réalisé notre travail de recherche. Après l'analyse des résultats, nous avons tiré des conclusions et tenté de dégager des propositions pour optimiser la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur prise en charge et de leur accouchement.

REVUE DE LA
LITTÉRATURE

I- L'information aux femmes enceintes

1- Définition

Le terme "information" regroupe l'ensemble des renseignements portés à la connaissance d'autrui. C'est l'action de donner connaissance d'un fait sous forme d'images, de textes, de discours, de sons [2].

Qu'est-ce qu'informer ? C'est faire savoir quelque chose à quelqu'un, le porter à sa connaissance, le lui apprendre. Il s'agit de donner à quelqu'un des informations, des renseignements au sujet de quelque chose de quelques manières qu'il soit ; c'est renseigner autrui [2].

2- Aspects législatifs : l'obligation d'information

Toute personne consommatrice du système de soin a le droit d'être informée sur son état de santé et tout ce qui en découle ; ceci est défini par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

- D'après l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : *"Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus."*

Lorsque de nouveaux risques sont identifiés, la personne concernée doit être informée, sauf volonté de celle-ci d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic ou si son état impose d'agir sans son consentement (urgence, impossibilité) [3].

- L'article 16-3, alinéa 2, du Code Civil précise que *"le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend*

nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir."

Cette information incombe à tous les professionnels dans l'exercice de leur profession et dans le respect des règles qui leurs sont applicables. En cas de litige la preuve que l'information a été délivrée peut être apportée par tout moyen [4].

- D'après les articles L. 1111-4 et L. 1111-5 : *"Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé."*

Le médecin doit respecter la volonté du patient, celui-ci reste acteur de sa prise en charge. Cependant si sa vie est en danger le médecin doit le convaincre d'accepter les soins indispensables. Il est aussi précisé qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, ce consentement pouvant être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sans le consentement préalable d'une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) prévue à l'article L. 1111-6. Les étudiants doivent aussi respecter les droits des malades énoncés précédemment [3].

- Les articles L. 1111-7. et L. 1111-8. précisent que *"toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé [...] notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre"* [3].

L'obligation d'information est un droit mais c'est aussi un devoir, celui-ci est prévu à l'article R.4127-35 du code de la santé publique : *"Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension"* [5].

De plus l'article L1142-4 du code de la santé publique prévoit un recours en cas d'une demande d'information complémentaire suite à un acte médical : "*Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, [...] doit être informée par le professionnel, [...] sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix*" [3].

3- Les recommandations professionnelles

La haute autorité de santé (HAS) a publié en mai 2005 de nouvelles recommandations en ce qui concerne l'information aux femmes enceintes. Il est préconisé de consacrer du temps à l'information de la femme enceinte ou du couple et cela par différentes méthodes : [6]

- Assurer la continuité des soins entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple
- Consacrer du temps à la délivrance de l'information de la femme enceinte ou du couple
- Apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte les attentes de la femme enceinte ou du couple, leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés
- Délivrer une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles, la réglementation et les droits liés à la maternité ; la compléter, si possible, avec des documents écrits fiables

- Utiliser un langage et/ou un support adaptés, en particulier avec les personnes ayant un handicap sensoriel ou mental ou avec celles qui ne parlent ni ne lisent le français
- Proposer, si nécessaire, une consultation supplémentaire (notamment en début de grossesse), si le volume et/ou la nature de l'information à donner le requièrent, et informer toutes les femmes sur la possibilité de faire des cours de préparation à la naissance
- En plus des informations orales, fournir des informations écrites (à défaut, indiquer où en trouver), notamment sur la surveillance médicale de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soins locale
- Assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple

Au cours de la grossesse et dans les suites, plusieurs professionnels de santé tiennent un rôle important dans l'information des femmes enceintes : sage-femme, gynécologue-obstétricien, anesthésiste...

L'information peut être délivrée à n'importe quel moment au cours de la grossesse et dans les suites. A savoir au moment de la consultation pré-conceptionnelle (s'il y a) ; durant les consultations ; au moment des échographies ; ou dans le cadre des cours de préparation à la naissance, individuels ou collectifs ; en salle de naissance ; à la maternité ; au moment de la consultation post-natale ou au cours de la rééducation du périnée.

4- Place de la préparation à la naissance et de la parentalité

Des recommandations professionnelles de Novembre 2005 ont été établies concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Le principal but est de favoriser son développement tout au long de la grossesse et en postnatal, et de s'assurer de la qualité de la préparation mise en œuvre. Les séances de préparation à la naissance,

au nombre de huit, remboursées par la sécurité sociale, peuvent être individuelles ou collectives. La préparation à la naissance s'est développée ces dernières années : 73 % des primipares ont suivi des cours de PNP en 2010 contre 67 % en 2003 [1-7].

Les objectifs généraux de la PNP sont : la création d'un lien entre professionnels et parturientes, l'accompagnement du couple, la délivrance d'informations claires et précises adaptées à chaque situation, renforcer la confiance en soi du couple...

Plus particulièrement pendant les cours, peuvent être abordés de manière plus précise l'accouchement et ses suites. Il sera évoqué la douleur durant le travail et son déroulement, l'accouchement, et les méthodes de soulagement. La question de la présence de l'entourage pendant le travail sera également traitée. Les pratiques habituelles et les différents protocoles de service pourront être abordés, ainsi il sera précisé que d'autres modes de naissance sont possibles, à savoir les extractions instrumentales et la césarienne.

Un entretien prénatal précoce doit être proposé systématiquement aux femmes enceintes, celui-ci est obligatoirement individuel. Cette séance doit permettre : *"d'identifier les besoins d'information ; de définir les compétences parentales à développer ; de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ; de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ; de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation ; d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ; de planifier les séances prénatales"* [7].

5- Place de la sage femme

*"L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la **préparation psychoprophylactique à l'accouchement**, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant"* d'après l'article L.4151-1 du code de la santé publique [8].

La sage femme occupe une place importante durant la grossesse d'une femme : c'est elle qui écoute, qui conseille, qui soutient, qui explique et informe la femme enceinte et le couple sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites. Elle occupe cette place à différents moments de la grossesse : pendant les consultations prénatales, pendant l'entretien prénatal précoce, pendant les séances de préparation à la naissance, et bien sûr au cours de l'accouchement et durant le séjour à la maternité.

C'est l'une des seules qui peut pratiquer les séances de préparation à la naissance et reste donc au centre du système d'information.

La sage femme détient ce rôle précieux d'information pendant la grossesse, mais c'est aussi elle qui est présente en salle de naissance, pour soutenir et réconforter la patiente et le couple dans cette étape de leur vie. Cependant dans les contextes d'urgence, l'équipe obstétricale manque de temps pour pouvoir expliquer de facto les raisons de certains gestes ; c'est parfois le cas lorsque l'on doit recourir à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence.

II- Les extractions instrumentales

1- Définition

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. Le principe est de raccourcir la période d'expulsion, d'aider à la flexion et/ou compléter la rotation de la tête fœtale : [9-10]

- Les forceps : instruments d'extraction, leur pose et la traction diffèrent suivant le type de forceps utilisés. Les plus utilisés en France sont le forceps de Suzor, puis le forceps de Tarnier et enfin le forceps de Pajot. Le temps d'extraction est plus rapide lors de l'utilisation de forceps et on constate moins d'échec d'extraction que par l'utilisation d'une ventouse.

- La ventouse : instrument de flexion céphalique, de traction et de rotation. La plus utilisée est la ventouse à usage unique Kiwi Omnicup, puis la ventouse Minicup.
- Les spatules : instruments de propulsion et d'orientation, elles restent moins utilisées que les autres instruments : moins de 20% des extractions instrumentales en France contre 50% de forceps et un peu plus de 30% de ventouses [11]. Elles sont constituées de deux leviers indépendants prolongeant les mains du praticien, rendant leur manipulation beaucoup plus aisée.

2- Epidémiologie

En 2003, selon l'Enquête Nationale Périnatale le nombre d'accouchements par voie basse spontanée est de 68.7% tandis que le nombre d'extractions instrumentales est de 7.8% pour les forceps et les spatules et de 3.3% pour les ventouses. Ainsi, plus d'une naissance sur dix nécessite une extraction instrumentale. L'Enquête Nationale Périnatale de 2010 montre quelques fluctuations de ces taux : le taux d'accouchements par voie basse spontanée était en baisse (66.9%), tandis que le taux d'extractions instrumentales était en légère hausse (12.1% dont 3.9% par forceps, 2.9% par spatules et 5.3% par ventouse). Ces taux ne tiennent pas compte ni des antécédents, ni de la parité, ni du terme de la patiente [1].

On constate que le taux d'extractions instrumentales augmente avec le terme et avec le poids de naissance. La déambulation ainsi que les changements de position pendant le travail (debout, accroupie, latérale), l'expression utérine, la rupture artificielle précoce des membranes reliée à une perfusion d'ocytocine ne sont pas associés à une diminution des extractions instrumentales. La rupture précoce augmentant même le taux d'anomalie du rythme cardiaque fœtal. En revanche, il serait réduit par un soutien continu de la patiente par l'équipe médicale ou un proche, par la perfusion précoce d'ocytocine pour contrer une stagnation de la dilatation, et par des efforts expulsifs différés (deux heures après dilatation complète) sous analgésie péridurale [9]. Certaines études ne retrouvent pas de changement entre une poussée retardée ou immédiate.

A Clermont-Ferrand en 2010, 3295 accouchements ont eu lieu, 2563 accouchements par voie basse (77,8%) dont 376 ont nécessité une extraction instrumentale (14,7%) (données Audipog).

3- Indications des extractions instrumentales

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, il a été admis qu'une extraction instrumentale devait être envisagée "*à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal normal dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal*".

Les principales indications d'extractions instrumentales sont : [9]

- ✓ les anomalies du rythme cardiaque fœtal faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale
- ✓ l'arrêt ou la non progression de la présentation fœtale dans la filière pelvienne
- ✓ la lenteur d'expulsion
- ✓ sur tête dernière lors d'un accouchement du siège
- ✓ la prématurité (forceps seulement, la ventouse est contre indiquée)

L'arrêt ou la non progression de la présentation fœtale peut être lié à plusieurs choses : [9-12]

- Dystocie des tissus mous : origine vulvaire, placentaire, annexielle, utérine, vaginale
- Dystocie osseuse : déformation congénitale du bassin, diamètre transverse inférieure à 9 cm, bassin généralement rétréci
- Dystocie fœtale :
 - ✓ les variétés postérieures ont tendance à la déflexion

- ✓ présentations défléchies (face, bregma, front) nécessitant même parfois une extraction par césarienne suivant l'orientation de la tête fœtale
 - ✓ la macrosomie
 - ✓ les pathologies fœtales : hydrocéphalie, autres malformations empêchant la progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne
- Dystocie dynamique : diminution du nombre et de l'intensité des contractions les rendant de mauvaise qualité
- Insuffisance ou inefficacité des efforts expulsifs : état de la mère, fatiguée par un travail long ou un mauvais état général antérieur

L'extraction instrumentale peut également être recommandée dans le cas de pathologies maternelles contre indiquant les efforts expulsifs [9-13] :

- ✓ les pathologies cardiaques (opérées ou non)
- ✓ les pathologies ophtalmologiques (antécédent de décollement de la rétine, myopie sévère)
- ✓ un antécédent d'opération chirurgicale récente
- ✓ les pathologies ORL
- ✓ une hernie
- ✓ la pré-éclampsie, l'HTA non gravidique

4- Complications des extractions instrumentales

Les extractions instrumentales, bien qu'assez couramment employées ne sont pas anodines, ni pour la mère ni pour l'enfant à naître.

a) Les complications maternelles

De manière globale, les complications maternelles immédiates sont plus fréquentes avec l'utilisation des forceps qu'avec l'utilisation d'une ventouse.

L'extraction instrumentale majore le risque de déchirure du sphincter anal (0.1% à 10.2%), de déchirures vaginales, d'hémorragie du post-partum, de rétention urinaire aigüe, d'incontinence anale dans l'année qui suit une extraction.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français décrit une augmentation des déchirures périnéales sévères (du 3^{ème} et 4^{ème} degré) par rapport à l'accouchement voie basse spontané. Ceci dépend également de la position et de l'orientation du mobile fœtal : l'application au détroit supérieur associée à une rotation de plus de 45°, ainsi que les variétés postérieures ou la macrosomie augmentent le risque de lésions périnéales sévères. Il a été admis que l'utilisation successive de deux instruments majore ce risque, sans pour autant recommander une épisiotomie systématique, celle-ci devant être étudiée au cas par cas. L'utilisation des spatules de Thierry montre des taux de lésions périnéales similaires par rapport aux deux autres instruments [11-14]. Le contrôle manuel du dégagement de la tête fœtale réduirait significativement le risque de périnée complet.

Ces lésions sont responsables, à plus long terme, de dyspareunie, de troubles sexuels et de douleurs périnéales. Dans l'année qui suit l'accouchement, il a été retrouvé des incontinenances anales, surtout après l'application de forceps ; le risque de lésions occultes du sphincter anal ne semble pas différent entre le forceps et la ventouse. Le risque d'incontinence urinaire persistante du post partum n'est pas augmenté par la pratique d'une extraction instrumentale. La survenue d'un prolapsus génital n'est pas favorisée par l'extraction instrumentale.

Outre les complications précédemment citées, il semble qu'une extraction instrumentale soit corrélée avec le désir ou non d'avoir une prochaine grossesse, les femmes gardant des séquelles psychologiques de leur accouchement. Le manque d'information pourrait expliquer le caractère anxigène et le vécu souvent traumatique des patientes pour qui l'accouchement a nécessité une extraction instrumentale [9-14].

b) Les complications néonatales

Les extractions instrumentales permettent de réduire la mortalité et la morbidité de fœtus en détresse mais sont en contrepartie grevées d'une morbidité néonatale propre non négligeable, pouvant cependant aussi exister lors d'un accouchement par voie basse spontané.

L'incidence des complications néonatales est influencée par l'emploi et l'utilisation de ces moyens d'extractions. Les complications rencontrées sont la plupart du temps non spécifique de la méthode d'accouchement (extraction ou non), restent à court terme, et sont corrélées avec l'association de sur-risques ajoutés (anoxie périnatale par exemple).

Les extractions instrumentales sont responsables d'un large éventail de complications néonatales touchant essentiellement la tête et le cou. Les principales complications sont les hémorragies intra et extra-crâniennes. D'autres complications existent, on notera les hématomes sous cutané lors de l'utilisation d'une ventouse ; les céphalhématomes ; les atteintes du nerf facial ; les atteintes du plexus brachial résultant plus d'une dystocie des épaules dû à la manœuvre d'extraction et pouvant aussi se produire lors d'un accouchement voie basse spontanée ; les fractures du crâne avec risques d'embarrure (surtout avec l'utilisation des forceps) ; les hémorragies rétinienne ; la mauvaise adaptation à la vie extra utérine ; la difficulté d'alimentation.

A long terme, il ne semble pas y avoir de séquelles neurocognitives induites par ces instruments [15-16].

III- La césarienne

1- Définition

La césarienne est l'extraction chirurgicale de l'enfant par voie abdominale, après incision transversale du segment inférieur de l'utérus, sous anesthésie générale ou péridurale [12].

2- Epidémiologie

En 2010, selon l'Enquête Nationale Périnatale le taux de césariennes n'a pas changé de manière significative. 21% de césariennes ont eu lieu en 2010 contre 20,2% en 2003. Ce taux est cependant en augmentation puisqu'en 1998 il y avait eu 17,5% de césariennes. En Auvergne en 2009 pour 13280 accouchements il y a eu 2581 césariennes soit 19,4%. La césarienne touche plus les primipares, les patientes présentant des antécédents obstétricaux, un âge d'au moins 30 ans, un poids élevé et une nationalité étrangère [1].

A Clermont-Ferrand en 2010 pour 3295 accouchements il y a eu 732 césariennes soit 22,2% (données Audipog).

3- Indications de la césarienne

La césarienne peut être programmée ou en urgence.

Une césarienne est programmée lorsque les conditions pour un accouchement par voie basse ne sont pas favorables ou que celui-ci est contre indiqué.

La césarienne peut être programmée pour plusieurs motifs : un placenta prævia recouvrant, un utérus bi-cicatriciel et plus, une présentation transversale du fœtus, un diabète sévère avec macrosomie, une maladie maligne de la mère, toutes malformations fœtales contre-indiquant la voie basse, une disproportion évidente entre le bassin

maternel et la tête fœtale ainsi que toutes les pathologies gynécologiques rendant l'accouchement par voie basse impossible.

Il sera discuté d'une césarienne en cas d'utérus cicatriciel, d'un retard de croissance intra utérin sévère, d'antécédents maternels chargés ou si la patiente est une primipare âgée de plus de 40 ans ou qu'il s'agit d'une grossesse précieuse (antécédents de stérilité, grossesse obtenue par FIV après plusieurs tentatives...) et devant toute présentation podalique (les bénéfices/risques étant bien expliqués à la parturiente).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, une indication de césarienne peut être prise au cours du travail : elle sera ainsi effectuée devant toute pathologie mettant en jeu la vie de la mère ou du fœtus : une pré-éclampsie sévère, un Hellp Syndrome, un hématome rétro placentaire, une rupture utérine (ou suspicion de rupture utérine), une menace d'accouchement prématuré sévère ne pouvant laisser l'accouchement par voie basse se dérouler (discussion pluridisciplinaire).

Des dystocies en cours de travail peuvent nécessiter le recours à une césarienne : une stagnation de la dilatation de plus de deux heures ou un non engagement de la présentation à dilatation complète, un rythme cardiaque fœtal pathologique, un échec d'extraction instrumentale, une procidence du cordon en cas de présentation céphalique ou en cas de présentation podalique à dilatation complète, une anomalie de la présentation (présentation transversale, présentation de l'épaule, présentation du front fixée ou présentation de la face en mento-postérieure persistante) [12-17].

Certaines femmes, par appréhension de l'accouchement, ou pour raisons personnelles (antécédents d'accouchements difficiles, sportives...) sont demandeuses d'une césarienne dite de convenance. Celle-ci est étudiée au cas par cas par l'équipe obstétricale [18].

4- Complications de la césarienne

La mortalité obstétricale directe est six fois plus élevée pour les accouchements par césarienne que par voie basse. Ce risque est cependant beaucoup moins élevé pour les césariennes avant travail (risque multiplié par trois environ) que pour les césariennes en cours de travail (risque multiplié par neuf environ). De la même façon, il est estimé

que les césariennes en cours de travail sont liées à un risque relatif de décès multiplié par trois environ par rapport aux césariennes programmées.

a) Les complications maternelles

La mortalité maternelle est faible, de l'ordre de 10 pour 100000 dans les pays développés. Grâce au progrès de l'anesthésie et de l'obstétrique, à l'antibioprophylaxie et à la thrombo-prophylaxie on retrouve cependant moins de complications que pour un accouchement voie basse.

La fréquence des complications graves de l'accouchement diffère selon le niveau de gravité et les définitions retenues. Environ 4% des patientes césarisées présentent au moins l'une des complications graves suivantes : hémorragie de la délivrance supérieure à 1500 ml (nécessitant parfois une transfusion), laparotomie itérative, infection pelvienne, thrombose profonde, septicémie, pneumonie, et troubles de la coagulation.

D'autres complications peuvent découler d'une césarienne : endométrite, infection urinaire, incontinence urinaire, fièvre inexplicée, anémie, asthénie, douleurs abdominales, douleurs mammaires et difficultés d'allaitement.

La réalisation d'une césarienne provoque moins de lésions urinaires et anales qu'un accouchement par voie basse surtout si elles sont d'origine mécanique (sphinctériennes ou vaginales), mais la réalisation d'une césarienne en cours de travail peut être suivie de complications sphinctériennes d'origine neurologique (pudendale). Des plaies vésicales et digestives peuvent aussi compliquer une césarienne.

La pratique d'une césarienne expose à des risques pour les prochaines grossesses. Il a été noté un risque de césarienne d'environ 50% pour l'accouchement suivant, une augmentation du risque de placenta prævia et des complications hémorragiques qui lui sont liées (augmentation du risque de placenta accreta), une augmentation du risque d'hématome rétro placentaire et de grossesses extra utérine [19-20-21].

La césarienne expose à des risques psychologiques, sexuels et esthétiques. Cela contribue probablement à une diminution du nombre total de grossesses désirées par les femmes.

"L'accouchement par césarienne peut s'accompagner d'angoisses et de sensations de malaise pré ou per-opératoires, ainsi que de douleurs post opératoires pénibles. Surtout, la réalisation d'une césarienne en cours de travail peut s'accompagner d'une sensation d'échec et de frustration traumatisante pour la mère, surtout lorsqu'elle est réalisée en urgence" [19].

Il a été noté plus de fatigue et de dépression chez les patientes césarisées que chez les patientes ayant accouché par voie basse, surtout si la césarienne a été réalisée en urgence. Ce phénomène pourrait être responsable de troubles fonctionnels maternels plus fréquents pendant les premières années qui suivent l'accouchement, sans relation prouvée avec des perturbations éventuelles de la relation mère-enfant. L'établissement de cette relation n'est cependant pas évident puisque la mère se retrouve séparée de son enfant après la naissance, parfois elle ne peut pas le voir de suite, beaucoup se sentent coupables et vivent cet accouchement comme un échec, les poussant même parfois à abandonner l'allaitement [20].

b) Les complications néonatales

La naissance d'un enfant, né par césarienne, expose à des risques plus accrus d'apnée, de détresse respiratoire, d'hypoxie secondaire à un syndrome cave dû à l'anesthésie. On note aussi un retard de résorption du liquide pulmonaire [21].

La césarienne accentue le risque de séparation mère enfant, et rend le contact précoce impossible, la mère ne pouvant tenir son enfant dès sa naissance, à fortiori si il y a eu une anesthésie générale.

Les complications néonatales découlent de la raison qui a dû faire pratiquer la césarienne.

Qu'en est-il de la satisfaction et du ressenti des femmes face à cette situation à laquelle elles n'étaient peut être pas ou peu préparées?

IV- Satisfaction des patientes et mode de naissance

1- Place de la douleur

La douleur est un phénomène complexe qui prend une place importante dans la grossesse d'une femme. L'angoisse de cette douleur s'exprime souvent par des questionnements. Cette crainte de la douleur est omniprésente et se manifeste surtout lors d'un premier accouchement où la peur de l'inconnu prend le dessus [22].

La douleur physique des contractions est la crainte la plus fréquemment exprimée par les femmes. Elles ont peur de ne pas pouvoir gérer, elles ne connaissent pas encore leur seuil de tolérance.

La douleur psychique intervient également et se manifeste par la peur de la douleur, la peur de ne pas pouvoir se maîtriser, peur de l'image qu'elles vont renvoyer d'elles-mêmes conduisant parfois certaines patientes au silence, elles ne s'expriment pas et contiennent toute la douleur en elle.

La douleur physique de la phase d'expulsion est différente de celle des contractions, cette dernière serait d'ailleurs plus traumatique pour les femmes et serait ressentie par les femmes comme "une extrême violence".

Les progrès de l'analgésie péridurale permettent ainsi aux parturientes d'être actrices de leur travail d'accouchement et de la naissance sans en ressentir les douleurs, celles-ci ayant un impact négatif sur le vécu des patientes [23].

2- Facteurs influençant la satisfaction des patientes

a) Représentation de l'accouchement

Les représentations de l'accouchement développées par les femmes enceintes en cours de grossesse viennent affecter leur perception de celui-ci. Elles constituent, en cas de non cohérence entre ses représentations et le déroulement réel de ce dernier, un facteur de risque à développer des troubles psychiques par la suite (déception, culpabilité, dépression, traumatisme du post partum). Ainsi, nous notons l'importance de l'influence des représentations et des attentes de la femme en matière d'accouchement sur sa santé psychologique [24].

Ces manifestations psychologiques sont essentiellement retrouvées en liaison avec une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance, un manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement et une perception par l'accouchée d'un faible niveau de soutien social (partenaire, équipe médicale). Un support émotionnel, l'écoute de la femme enceinte et du couple, du temps consacré pour poser et avoir des réponses aux questions, les encouragements, les attentions portées aux besoins du père, les informations données en cours de grossesse et pendant le déroulement du travail ainsi que les compétences médicales de l'équipe soignante présente sont corrélés avec un meilleur vécu de l'accouchement par les patientes [25].

b) Place de la relation soignant-soigné

La relation entretenue entre le professionnel de santé et la patiente est donc un facteur déterminant de la satisfaction globale que celle-ci gardera de son accouchement. La satisfaction, subjective et multifactorielle (accompagnement, information...) est un indicateur de la qualité des soins : elle correspond au degré de conformité entre les attentes des femmes et leur réalisation. En France 95% des patientes se déclarent satisfaites de leur suivi et de leur accouchement, mais on remarque que seulement 60 % sont satisfaites de l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement [26].

Cet accompagnement passe par la communication, fondement du soin. Avant les relations entre patients et médecins étaient inégales, hiérarchiques alors que maintenant

ces relations sont plus égalitaires ; les patientes exigent une meilleure prise en charge médicale avec davantage d'informations, d'explications et de communication. Cette communication passe par une écoute attentive de la patiente, avec humilité, sans utiliser un jargon médical incompréhensible, l'information doit être répétée si nécessaire, les choix des mots sont importants (la signification peut être différente suivant l'histoire, la culture de la patiente) [27]. La sage femme est le vecteur principal d'information et a donc un rôle privilégié pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement.

c) Satisfaction de l'accouchement

L'étude du vécu des patientes est complexe, multidimensionnelle, subjective, personnelle, particulière, unique et universelle [23].

- l'extraction instrumentale :

L'extraction instrumentale est un outil visualisé par les femmes comme intrusif, physiquement traumatique pour l'enfant mais aussi pour elles. Les femmes pensent à leur intégrité physique, à leur vie sexuelle et aux grossesses et accouchements futurs et s'interrogent sur les conséquences que peuvent engendrer ces méthodes d'expulsion. L'épisiotomie est souvent redoutée, les femmes accouchant sans épisiotomie sont souvent plus fières. Elles ont peur que cette incision vienne perturber leur vie sexuelle future, c'est pour cela que l'extraction instrumentale est souvent crainte par les parturientes.

Nous avons vu qu'à long terme les femmes se plaignent plus souvent de dyspareunie, de troubles sexuels et de douleurs périnéales. Les désagréments causés par l'extraction instrumentale comme l'incontinence anale par exemple peuvent être très mal vécus par la femme qui se sent impuissante face à cela. Le désir d'une prochaine grossesse est ainsi remis en cause, les femmes gardant des séquelles psychologiques de leur accouchement [22].

- la césarienne :

Pour les patientes le fait d'accoucher par les voies naturelles leur semble évident, soit parce qu'elles ont déjà accouché par voie basse soit tout simplement parce que l'idée

d'une césarienne n'est pas pensable. Cette manière d'occulter la possibilité d'une césarienne peut s'apparenter à un refus ou à une angoisse inconsciente de celle-ci. La césarienne est souvent vécue comme un échec, "*être césarisée n'est pas accoucher*". La césarienne augmenterait le risque de troubles anxiodépressifs en post partum précoce. Nous avons vu que la césarienne expose à des risques psychologiques, sexuels et esthétiques : la femme a peur pour son corps, elle a peur d'être ouverte sans être anesthésiée, elle a peur d'avoir mal. Et surtout elle a peur pour son enfant que l'on va chercher en bougeant tout dans son corps, enfant que parfois elle ne pourra ni voir ni toucher ni prendre de suite dans les bras [28].

D'une manière globale on note plus de fatigue et de dépression chez les patientes césarisées, surtout si la césarienne a eu lieu en urgence, que chez les patientes ayant accouchées par voie basse ; 10 à 20% des femmes ayant eu une césarienne ont eu une dépression post natale dans l'année qui a suivi la naissance, certaines études ne retrouvent pas plus de dépression chez ses femmes. La césarienne en urgence et l'extraction instrumentale sont vécues de façon plus traumatique et induisent plus de stress que la césarienne programmée et la naissance par voie basse spontanée ; suggérant ainsi que souvent, c'est l'urgence de la situation qui est responsable du ressenti des patientes [29-30].

Globalement, il a été identifié que 5 à 7% des femmes gardent un vécu négatif de leur accouchement dans les quatre mois qui le suivent et jusqu'à six mois [31]. Les parturientes qui avaient prévu un accouchement physiologique et qui finalement ont une césarienne ou une extraction instrumentale ont un vécu plus négatif que les autres [32-33].

Des études ont prouvé l'importance de l'information, que se soit pendant la grossesse ou dans le post partum sur l'impact psychologique que la naissance a sur ces patientes. L'intérêt des séances de débriefing n'a cependant pas été démontré [24].

METHODOLOGIE

I- Objectif de la recherche

1- Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le nombre de patientes, ayant eu recours à une césarienne en urgence ou à une extraction instrumentale, qui ont été informées durant la période périnatale sur ce type de naissance.

2- Objectif secondaire

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'étudier la satisfaction globale des patientes ayant eu un accouchement dystocique, à savoir la césarienne en urgence ou l'extraction instrumentale, et d'évaluer l'influence de l'information reçue à ce sujet sur leur vécu.

3- Critères de jugement et/ou indicateurs

- Le nombre de patientes ayant reçu une information sur l'accouchement par césarienne en urgence et sur l'extraction instrumentale durant la période périnatale
- Le nombre de patientes satisfaites de leur accouchement
- Le nombre de patientes informées et ayant un vécu positif de leur accouchement

II- Type d'étude

Cette étude est observationnelle, descriptive. Elle a été menée grâce à une enquête déclarative remplie par les patientes ayant accouché au CHU Estaing.

III- Matériels et méthodes

1- Population sélectionnée

La population cible correspond aux femmes ayant accouché au CHU Estaing et dont la naissance a nécessité une extraction instrumentale ou une césarienne en urgence à terme.

2- Critères d'inclusion

Les patientes ayant accouché par césarienne en urgence ou par extractions instrumentales quel que soit le motif, ont été incluses dans l'étude :

- Les naissances après 37 semaines d'aménorrhées
- Les naissances vivantes
- Les grossesses uniques
- Les présentations céphaliques et podaliques
- Primipares et multipares
- Patientes parlant et écrivant le Français

3- Critères d'exclusion

Les patientes présentant les caractéristiques suivantes ont été exclues de l'étude :

- Les patientes présentent dans le service maternité mais n'ayant pas accouchées au CHU Estaing
- Les grossesses multiples
- Les césariennes programmées
- Les naissances avant 37 semaines d'aménorrhées
- Patientes ne parlant pas et/ou n'écrivant pas le Français
- Les morts fœtales in utéro

- IMG tardive

4- Règles éthiques

Cette étude a été réalisée selon les règles éthiques exigées. Les données médicales relatives aux patientes ont été recueillies grâce à un numéro d'anonymat. Ainsi aucune information ne permet de retrouver l'identité des patientes ayant répondu aux questionnaires. L'anonymat a donc été respecté.

Le consentement des patientes a été recueilli à partir du moment où elles ont accepté de remplir le questionnaire.

Les consentements du chef de service et de la cadre supérieure du pôle de gynécologie-obstétrique du CHU Estaing ont été recueillis conformément aux instructions.

5- Méthodes d'intervention

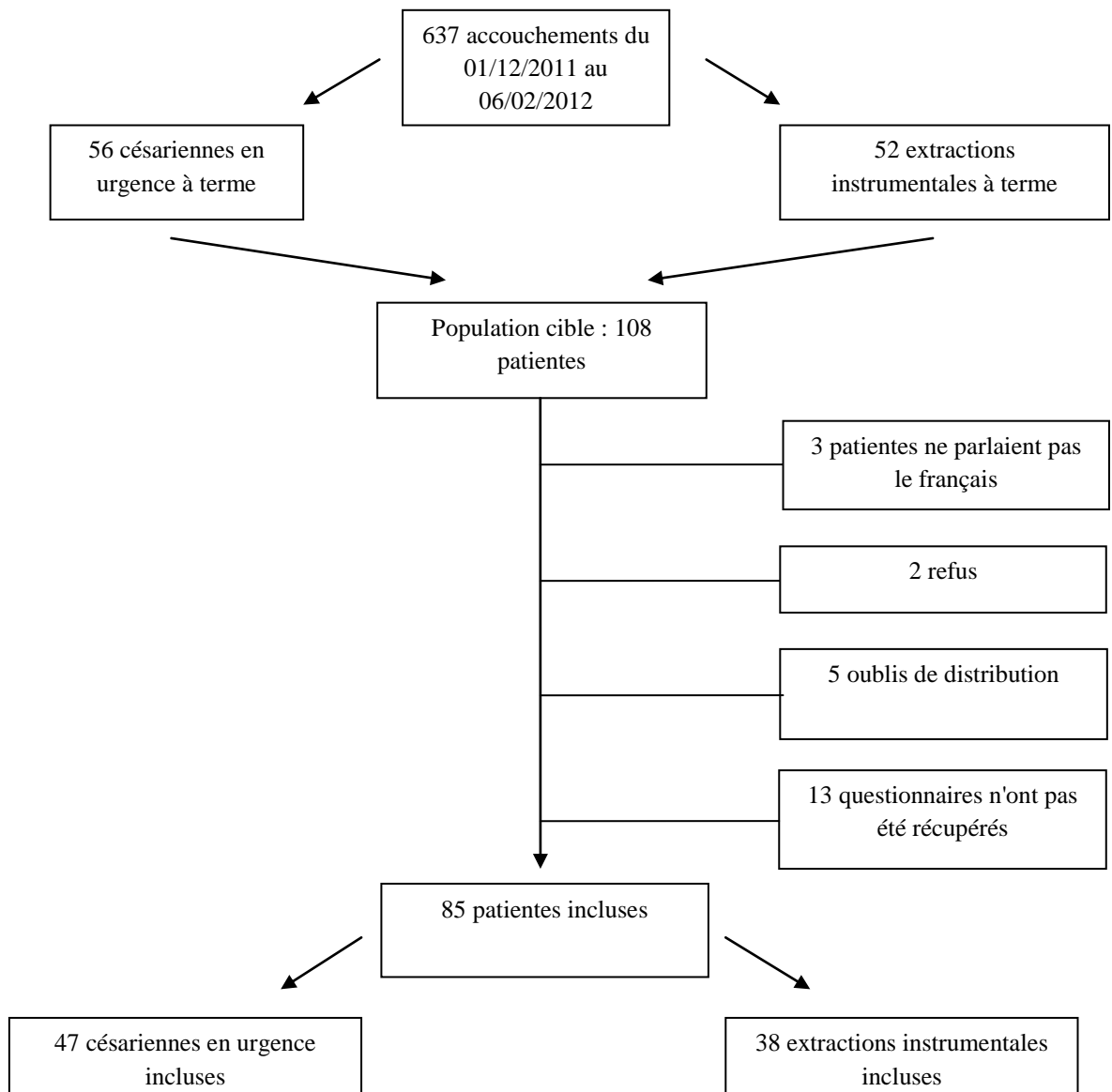
Deux supports ont été nécessaires à la mise en place de cette étude, une partie médicale remplie par nous même via le dossier informatique de la patiente (ICOS maternité) et l'autre partie, le questionnaire, destinée aux patientes.

Chaque partie médicale était numérotée, le numéro correspondait au questionnaire distribué à la patiente, ainsi aucune information ne permettait de connaître l'identité de celle-ci.

Les questionnaires ont été distribués par nous même aux femmes hospitalisées en suite de couche à la maternité Estaing.

Une phase de pré test a été faite sur 4 patientes, après retour de ces questionnaires quelques questions furent changées.

Graphique de flux :



85 questionnaires ont donc été récupérés soit un taux de réponses de 86.7%.

6- Méthodes d'observation

- Le questionnaire :

Le recueil de données a été établi à partir des réponses aux questionnaires distribués aux patientes. Une lettre explicative accompagnait le questionnaire mentionnant l'objet et le but de celui-ci.

Le questionnaire comporte 33 questions divisées en trois parties :

- ✓ Première partie : *questions d'ordre général* (âge, situation matrimoniale, niveau d'étude, ressources, addictions, antécédents obstétricaux...).
- ✓ Deuxième partie : *le suivi de grossesse et les informations reçues par la femme* (cours de préparation à la naissance, information sur la césarienne en urgence ou l'extraction instrumentale, hospitalisation pendant la grossesse...).
- ✓ Troisième partie : *le travail, l'accouchement, et le post partum immédiat* (péridurale, douleur, accompagnement, vécu...)

- La partie médicale :

Sur la partie médicale sont mentionnées les indications précises de l'extraction instrumentale ou de la césarienne en urgence, la gestité et la parité de la patiente, la durée des efforts expulsifs et les lésions périnéales le cas échéant.

7- Méthodes d'évaluation

Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 2007 et du logiciel R version 2.12.0 (2010-10-15).

Pour établir le lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi^2 de Pearson. Ce test est valide, si et seulement si, les effectifs attendus sont supérieurs ou égaux à 5.

Lorsque ce n'est pas le cas, il faut alors utiliser le test exact de Fisher.

Pour ces deux tests, la valeur de « p » permet de dire si l'influence d'une variable sur une autre est significative ou non :

- si $p < 0.05$, il existe un lien statistiquement significatif entre les deux variables.
- si $p > 0.05$, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les deux variables.

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé à partir du logiciel Microsoft Excel version 2007.

RESULTATS ET ANALYSES

I- Description de la population

Tableau I : caractéristiques démographiques de la population

	n	%
Age de la femme (années)		
< 20	1	1.2
20-24	17	20
25-29	21	24.7
30-34	30	35.3
35-39	14	16.5
> 40	2	2.4
Age moyen	29.7 +/- 5.4	
Gestité		
0	47	55.3
1	20	23.5
2	9	10.6
3	7	8.2
>4	2	2.4
Parité		
0	64	75.3
1	16	18.8
2	3	3.5
3	1	1.2
>4	1	1.2
Situation matrimoniale		
Célibataire	6	7.1
Mariée	32	41.1
Divorcée	1	1.2
Pacsée	19	22.4
Concubinage	25	29.4
Autre	2	2.4
Vie en couple	80	94.1

60% de notre population était composée de femmes ayant entre 25 et 34 ans, la moyenne d'âge était de 29.74 ans avec des extrémités allant de 17 à 42 ans.

75.3% étaient des nullipares, 55.3% avaient déjà eu une grossesse.

Les patientes étaient principalement mariées (41.1%) ou en concubinage (29.4%) ; 94.1% avaient déclaré vivre en couple.

Tableau II : aspect socio économique de la population

	n	%
Niveau d'étude		
Non scolarisée	2	2.4
Collège	15	17.7
Lycée	18	21.2
Enseignement supérieur	50	58.8
Ressources des femmes		
Travail	62	72.9
Chômage	9	10.6
Autre	14	16.5
Addiction au tabac	15	17.7

58.8% des patientes avaient fait des études supérieures ; 10.6% étaient au chômage pendant la grossesse, les autres ressources étaient représentées par le RSA, les allocations familiales, les ressources des parents ou aucune.

78.8% des patientes ne fumaient pas pendant leur grossesse.

Tableau III : déroulement de la grossesse

	n	%
Hospitalisation	8	9.4
Cours de PNP	54	63.5
Types de cours de PNP		
Classique	37	54.4
Piscine	8	11.8
Haptonomie	5	7.4
Sophrologie	8	11.8
Yoga	2	2.9
Relaxation	8	11.8
Lieu des cours		
CHU Estaing	18	33.3
SF libérale	36	66.7

9.4% des patientes avaient été hospitalisées pendant la grossesse (MAP, AVP, pyélonéphrite, myomectomie, colique néphrétique, cytolysé hépatique).

63.5% des patientes avaient participé à des cours de PNP, en majorité avec une sage femme libérale (66.7%) ; les cours les plus suivis étaient les cours classiques (54.4%).

Tableau IV : travail d'accouchement et accompagnement en salle de naissance

	n	%
Travail		
Spontané	55	64.7
Déclenché	30	35.3
APD	80	94.1
Douleurs avant APD		
EVA ≤ 3	12	14.1
$3 \leq \text{EVA} \leq 7$	30	35.3
EVA ≥ 7	43	50.6
Douleurs après l'APD		
EVA ≤ 3	66	82.5
$3 \leq \text{EVA} \leq 7$	11	13.8
EVA ≥ 7	3	3.8
Douleurs à l'expulsion		
EVA ≤ 3	67	78.8
$3 \leq \text{EVA} \leq 7$	11	12.9
EVA ≥ 7	7	8.3
Sentiment de soutien par l'équipe soignante	83	97.7
Accompagnement en SDN		
Mari ou conjoint	73	85.9
Famille	4	4.7
Personne	8	9.4

35.3% de notre population avait été déclenchée (rupture PDE, terme dépassé, HTA, anamnios, macrosomie).

94.1% des patientes avaient pu bénéficier d'une APD.

50.6% des patientes avaient une EVA ≥ 7 avant l'APD.

82.5% des patientes avaient une EVA ≤ 3 après l'APD.

La majorité des femmes était accompagnée par leur conjoint ou mari (85.9%) ; 97.7% avaient le sentiment d'avoir bien été soutenues par l'équipe soignante durant le travail.

Tableau V : mode d'accouchement et indications

	n	%
Extraction instrumentale	38	44.7
NPP	25	65.8
Fatigue maternelle	8	21.1
EEI	1	2.6
RCF pathologique	19	50
LA pathologique	2	5.3
Présentation dystocique	6	15.8
Autres	3	7.9
Lésions périnéales		
Épisiotomie	22	57.9
Déchirure simple	12	31.6
Périnée intact	4	10.5
Durée moyenne des EE (minutes)	26.6	
Césarienne en urgence	47	55.3
Echec de déclenchement	2	4.3
Stagnation dilatation	17	36.2
NPP	3	6.4
NEP	6	12.8
EEI	1	2.1
Présentation dystocique	4	8.5
RCF pathologique	28	59.6
Pathologie obstétricale	3	6.4
LA pathologique	6	12.8
Autres	12	25.5

Les principales causes retrouvées en cas d'extraction instrumentale étaient la non progression de la présentation (65.8%) et les anomalies du rythme cardiaque fœtal (50%).

57.9% des femmes avaient eu une épisiotomie.

La durée moyenne des efforts expulsifs était de 27 minutes.

Les principales causes retrouvées en cas de césarienne en urgence étaient les anomalies du rythme cardiaque fœtal (59.6%) et la stagnation de la dilatation (36.2%).

II- Informations sur la césarienne en urgence et les extractions instrumentales

1- Informations pendant la grossesse

➤ Informations lues ou reçues par les patientes

48.2% (n=41) des patientes n'avaient ni lu, ni reçu d'informations pendant la grossesse concernant la césarienne en urgence et/ou l'extraction instrumentale.

42.4% (n=36) avaient lu ou reçu une information concernant la césarienne et les extractions instrumentales.

9.4% (n=8) avaient lu ou reçu des informations concernant uniquement la césarienne en urgence.

➤ Sources d'informations des patientes

Parmi les 44 patientes (51.8%) ayant lu ou reçu une information pendant la grossesse, 77.3% (n=34) avaient reçu cette information par un professionnel de santé, c'est-à-dire que 40% de notre population totale avaient pu recevoir une information par les professionnels de santé.

40.9% (n=18) d'entre elles avaient reçu ces informations par l'intermédiaire de leur entourage.

25% (n=11) d'entre elles avaient fait des recherches sur internet.

15.9% (n=7) des patientes avaient utilisé d'autres moyens d'informations, à savoir : les forums, les magazines, les documentaires télévisés...

Les patientes avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses.

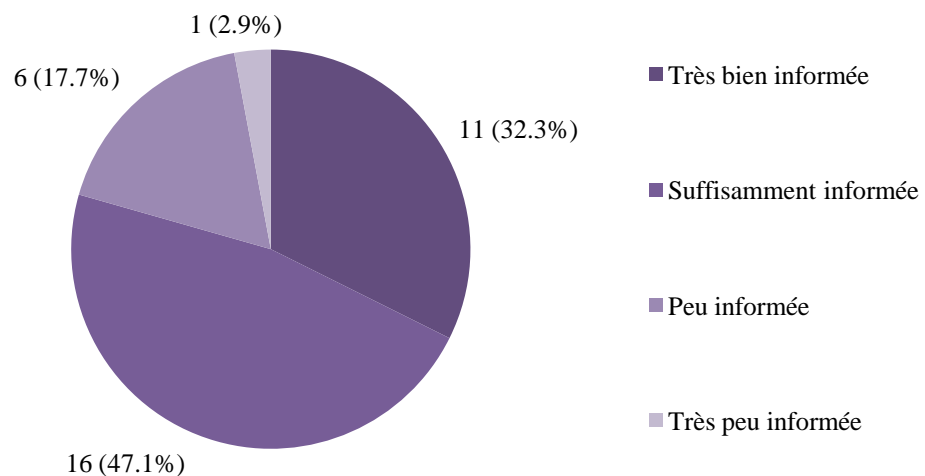
➤ Informations données par les professionnels de santé

L'information avait été donnée majoritairement pendant les cours de PNP (79.4%).

Les informations étaient données dans 32.4% des cas par les sages-femmes lors de consultation, dans 23.3% des cas par les anesthésistes et enfin dans 20.6% des cas par les obstétriciens.

Le fait d'être informé était étroitement corrélé avec le fait de participer à des cours de PNP et ce lien était statistiquement significatif ($p=0.0006036$).

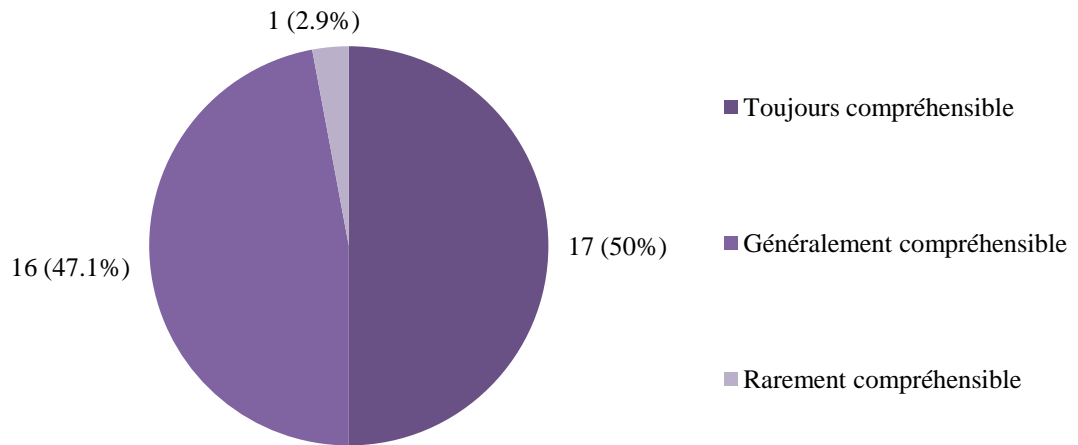
Figure 1 : satisfaction des patientes à propos de l'information reçue par les professionnels de santé (n= 34)



79.4% (n=27) des patientes informées par les professionnels de santé étaient satisfaites de l'information reçue.

20.6% (n=7) des patientes estimaient avoir été peu voire très peu informées par les professionnels de santé.

Figure 2 : compréhension des informations données par les professionnels de santé (n=34)



97.1% des patientes avaient trouvé l'information compréhensible.

- [Opinion des patientes sur l'importance de donner une information sur l'extraction instrumentale et/ou sur la césarienne en urgence durant la grossesse.](#)

Parmi les 85 patientes interrogées, 96.5% (n=82) avaient jugé nécessaire de recevoir une information durant la grossesse concernant l'extraction instrumentale et/ou la césarienne en urgence. Seulement 3.5% (n=3) avaient jugé qu'il n'était pas nécessaire de recevoir cette information.

2- Informations pendant l'accouchement

➤ Informations données au cours du travail

Parmi les 80 patientes ayant répondu, 49.9% (n=40) avaient été informées pendant le travail sur la possibilité d'une césarienne en urgence ou d'une extraction instrumentale, 43.8% (n=35) n'avaient pas été informées, 6.3% (n=5) avaient déclaré ne pas avoir reçu suffisamment d'informations pendant le travail d'accouchement.

➤ Annonce de l'acte médical

3.5% (n=3) des patientes avaient déclaré que l'acte médical ne leur avait pas été annoncé (pour deux d'entre elles il s'agissait d'une extraction instrumentale, pour une il s'agissait d'une césarienne en urgence). Dans les 3 cas il ne s'agissait pas d'une indication en extrême urgence.

Pour 96.5% (n=82) des patientes l'annonce avait été faite.

➤ Informations données sur les indications du geste au moment de l'effectuer

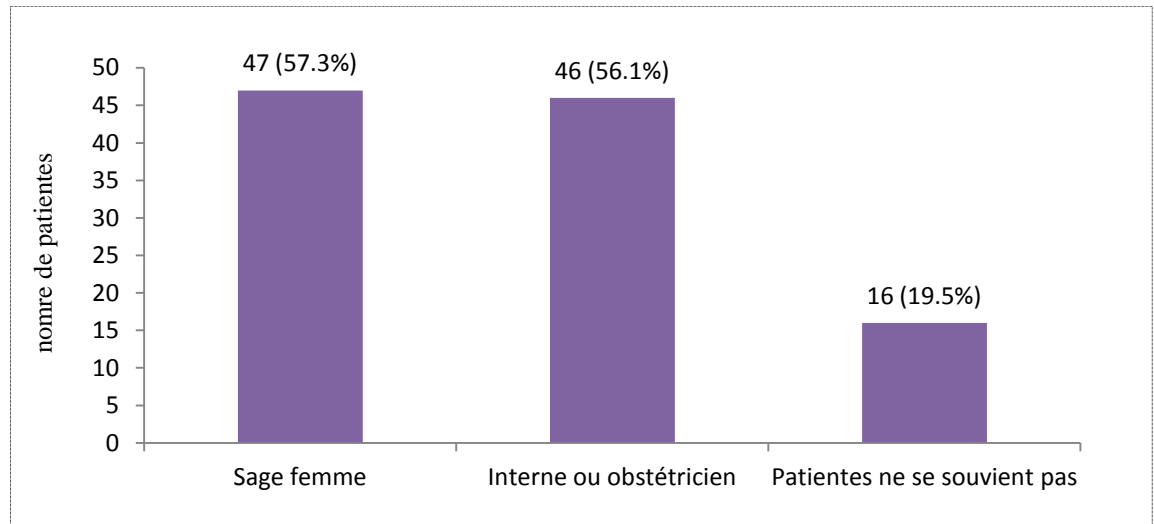
17.6% (n=15) des patientes estimaient ne pas avoir reçu (n=11), ou en tout cas pas suffisamment (n=4), d'informations sur les motifs qui avaient conduit à réaliser une extraction ou une césarienne en urgence.

82.4% (n=70) estimaient avoir reçu une information.

Parmi les 74 patientes ayant reçu une information, 94.6% (n=70) estimaient que l'information était tout à fait compréhensible, 5.4% (n=4) estimaient que l'information n'était pas suffisamment compréhensible.

➤ [Personnel soignant annonçant le geste](#)

Figure 3 : professionnel annonçant l'acte médical (n=82)



57.3% (n=47) des annonces étaient faites par la Sage-femme, 56.1% (n=46) étaient faites par l'obstétricien, 19.5% (n=16) des patientes ne se souvenaient pas par qui l'annonce avait été faite.

Plusieurs possibilités de réponses étaient possibles.

➤ [Comparaison entre ce qui a été dit par la patiente et ce qui a été marqué sur le dossier informatique \(ICOS\)](#)

48.2% (n=41) des patientes étaient en mesure de restituer à postériori l'ensemble des raisons qui avaient conduit à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence.

Pour 51.8% (n=44) des patientes, il était difficile de restituer ces informations. 29.4% (n=25) des patientes interrogées étaient en mesure de rapporter partiellement les motifs qui leurs avaient été donnés. 22.4% (n=19) ne les avaient pas du tout restitués.

3- Informations dans le post partum

Parmi notre échantillon de 85 patientes, durant leur séjour à la maternité, 31.8% (n=27) avaient reçu une information supplémentaire sur le geste effectué, 68.2% (n=58) n'avaient pas reçu d'information.

Parmi les 58 n'ayant pas reçu d'information, 28.1% (n=16) auraient souhaité avoir une information supplémentaire, 71.9% (n=41) ne souhaitaient pas avoir d'informations supplémentaires, une patiente ne s'était pas exprimée.

Tableau VI : relation entre l'information reçue pendant la grossesse et le désir d'informations dans le post partum (n=57)

	Informations pendant la grossesse	Absence d'information pendant la grossesse
Désir d'information en PP	4 (7%)	12 (21.1%)
Pas de désir d'information en PP	25 (43.8%)	16 (28.1%)

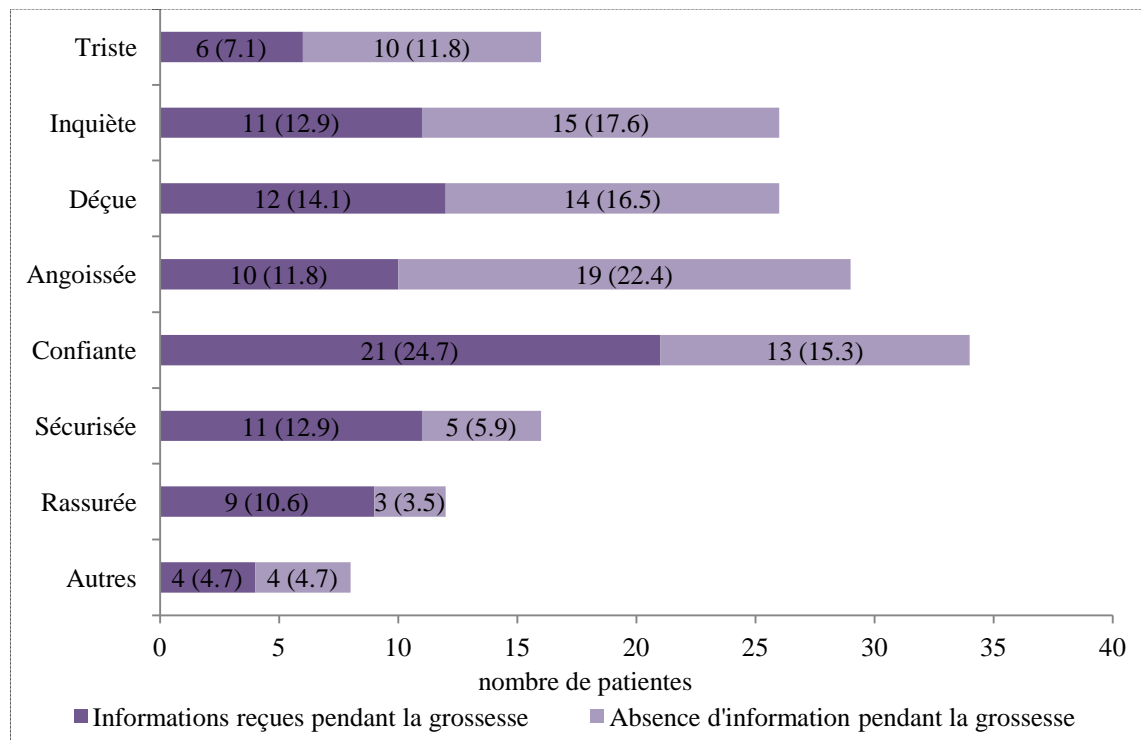
Les femmes désireuses d'une information dans les suites de couches étaient principalement celles qui n'en avaient pas eu pendant la grossesse, ce lien était statistiquement significatif (**p=0.01953**).

III- Satisfaction des patientes ayant eu une césarienne en urgence ou une extraction instrumentale

1- Réactions à l'annonce de la césarienne ou de l'extraction instrumentale

➤ Réactions en fonction des informations reçues pendant la grossesse

Figure 4 : réactions en fonction des informations reçues pendant la grossesse (n (%))



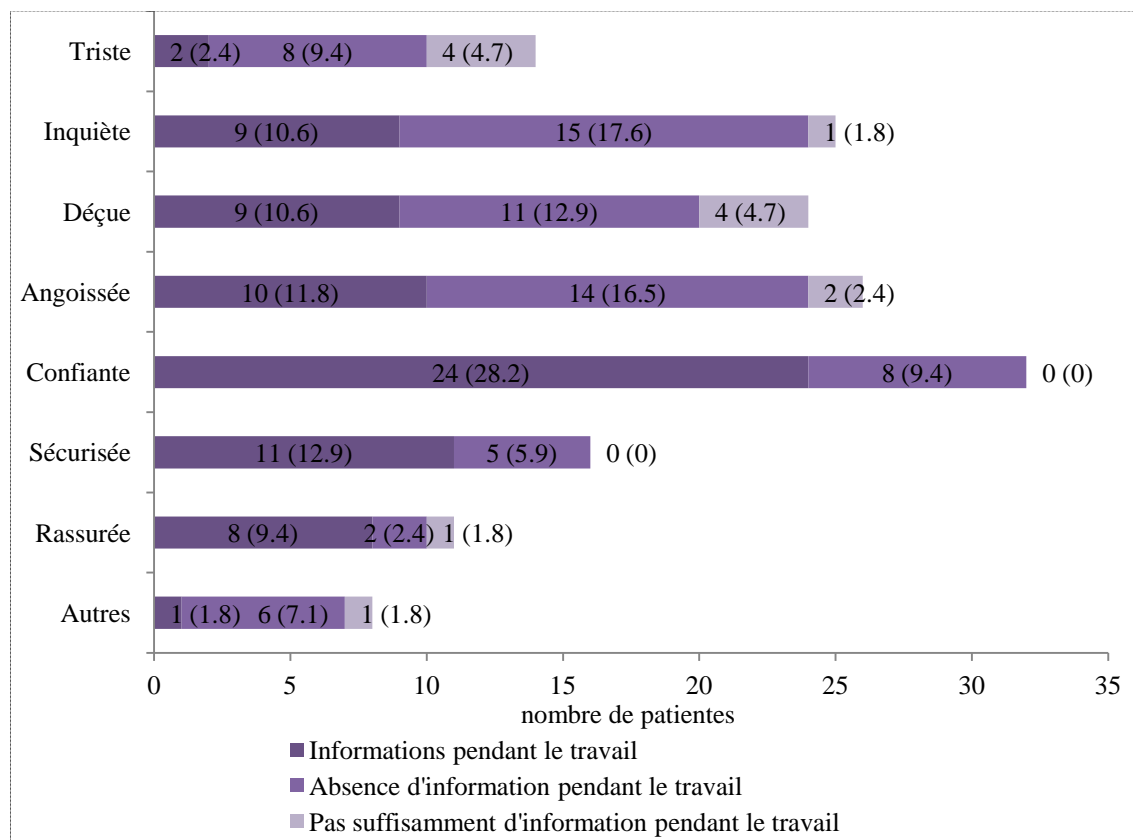
Les émotions exprimées le plus fréquemment à l'annonce de l'acte médical ou chirurgical étaient l'angoisse (34.2%) et la confiance (40%).

Les patientes qui n'avaient pas eu d'informations pendant la grossesse étaient plus angoissées que les autres à l'annonce du geste, et ce lien était statistiquement significatif ($p=0.03712$). On parle ici de tous les moyens d'informations.

Le fait d'avoir été informé pendant la grossesse ne semblait pas influencer les autres sentiments évoqués au moment de l'annonce ($p>0.05$).

➤ [Réactions en fonction des informations données durant le travail d'accouchement](#)

Figure 5 : réactions en fonction des informations reçues pendant le travail d'accouchement (n (%))



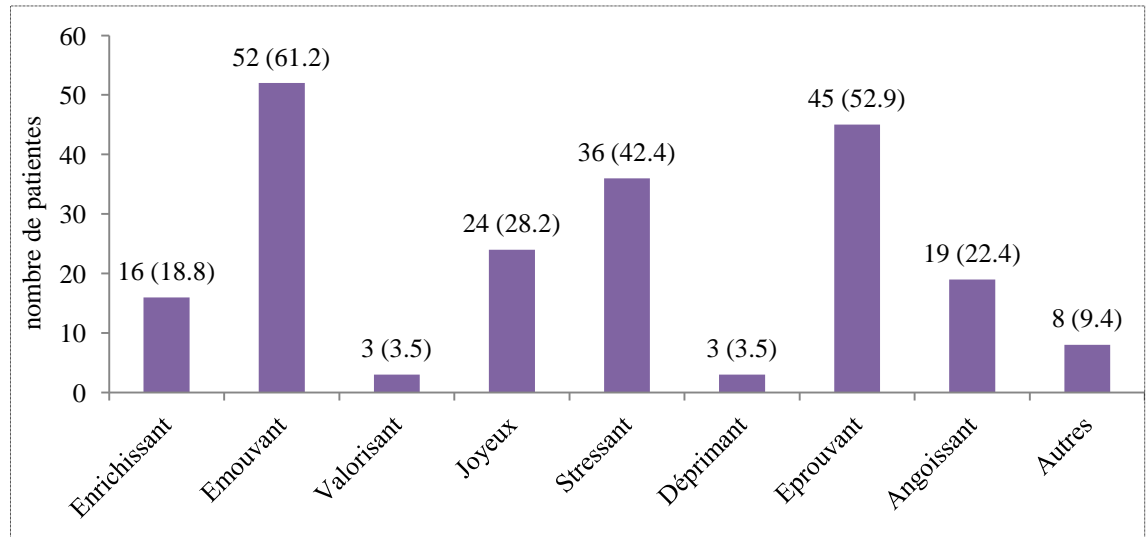
Il semblerait que les femmes qui n'avaient pas eu d'informations pendant le travail d'accouchement aient été plus déçues (12.9% vs 10.6%) et plus tristes (9.4% vs 2.4%) que celles qui avaient eu des informations pendant le travail, ces liens étaient statistiquement significatifs (respectivement, $p=0.03247$ et $p=0.0004095$). Il semblerait qu'elles aient été plus inquiètes (17.6% vs 10.6%), ce lien n'était cependant statistiquement pas significatif ($p=0.1238$).

Les femmes paraissaient plus confiantes à l'annonce du geste lorsqu'elles avaient eu une information au cours du travail (28.2% vs 9.4%) et ce lien était statistiquement significatif ($p=0.0006741$).

Le fait d'avoir été informé pendant le travail ne semblait pas influencer les autres sentiments évoqués au moment de l'annonce ($p>0.05$).

2- Emotions ressenties au moment de l'accouchement

Figure 6 : émotions ressenties au moment de l'accouchement (n (%))



61.2% des patientes avaient trouvé leur accouchement émouvant, 52.9% l'avaient trouvé éprouvant, 42.4% l'avaient trouvé stressant.

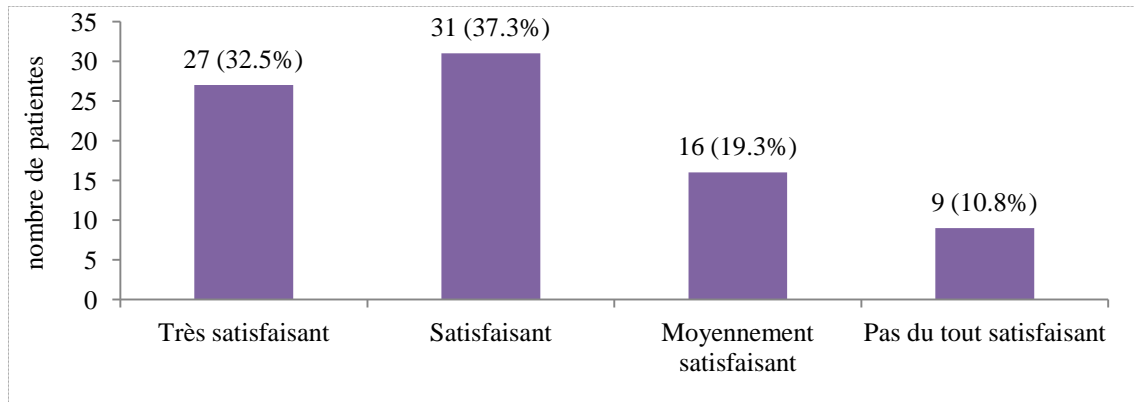
Certaines avaient évoqué les mots : douloureux, fatiguant, traumatisant, souffrance, magique, attendrissant, déstabilisant, zen.

Aucun lien statistique n'avait été retrouvé entre l'information donnée pendant la grossesse et/ou pendant le travail et les émotions ressenties par les patientes au moment de l'accouchement, **p>0.05**.

3- Satisfaction globale des patientes

➤ Satisfaction globale du travail d'accouchement

Figure 7 : vécu global du travail d'accouchement (n=83)

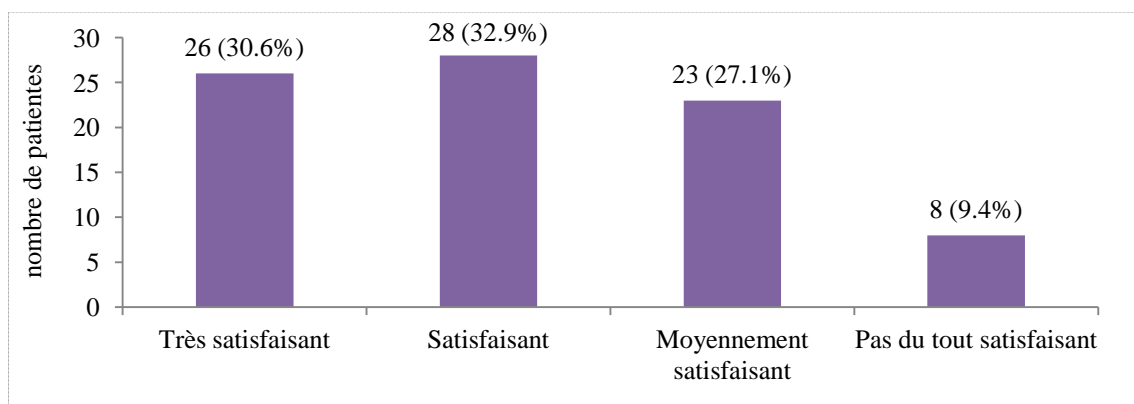


69.8% des patientes étaient satisfaites de leur travail d'accouchement.

30.1% des patientes n'étaient pas satisfaites de leur travail d'accouchement.

➤ Satisfaction globale de l'accouchement

Figure 8 : vécu global de l'accouchement (n=85)



63.5% des patientes étaient satisfaites de leur accouchement.

36.5% des patientes n'étaient pas satisfaites de leur accouchement.

Tableau VII : influence de l'information reçue pendant la grossesse sur la satisfaction globale de l'accouchement (n=85)

	Vécu positif (n(%))	Vécu négatif (n(%))
Informations reçues pendant la grossesse	30 (35.3)	14 (16.5)
Absence d'information reçue pendant la grossesse	24 (28.2)	17 (20)

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'information reçue pendant la grossesse et la satisfaction globale de l'accouchement, **p=0.377**.

Tous les moyens d'informations étaient concernés : professionnels de santé, entourage familial, internet...

Tableau VIII : influence de l'information donnée au cours du travail sur la satisfaction globale de l'accouchement (n=80)

	Vécu positif (n(%))	Vécu négatif (n(%))
Informations données pendant le travail	28 (35)	12 (15)
Absence d'informations données pendant le travail	22 (27.5)	13 (16.3)
Pas suffisamment d'informations données pendant le travail	2 (2.5)	3 (3.8)

Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'information reçue pendant le travail et la satisfaction globale de l'accouchement, **p=0.4221**.

Tableau IX : influence de l'état émotionnel suite à l'annonce sur le vécu global de l'accouchement (n=83)

	Vécu positif (n(%))	Vécu négatif (n(%))
Confiante	29 (34.9)	5 (6)
Pas confiante	23 (27.7)	26 (31.3)
Angoissée	12 (14.5)	17 (20.5)
Pas angoissée	40 (48.2)	14 (1.7)

La réaction des patientes à l'annonce du geste influençait leur vécu global de l'accouchement ; celles qui étaient angoissées étaient moins satisfaites ($p = 0.006979$) ; celles qui étaient confiantes étaient plus satisfaites ($p = 0.0004654$).

Il n'existait aucun lien statistiquement significatif avec les autres variables, $p > 0.05$.

Tableau X : influence de la compréhension des explications médicales reçues au moment du geste sur le vécu (n=85)

	Restitution totale des informations	Restitution partielle des informations	Absence de restitution des informations
Vécu positif	26 (30.6%)	12 (14.1%)	16 (18.8%)
Vécu négatif	15 (17.6%)	13 (15.3%)	3 (3.5%)

Il semblerait que la compréhension des informations influence le vécu des patientes ($p=0.04717$).

➤ Vécu des patientes et mode de naissance

Celles à qui il avait été annoncé une césarienne en urgence étaient plus tristes et plus déçues que celles à qui il avait été annoncé une extraction instrumentale et ces liens étaient statistiquement significatifs (respectivement $p=0.04709$ et $p=0.01655$).

Celles qui avaient eu une césarienne en urgence étaient moins satisfaites de leur accouchement que celles qui avaient eu une extraction instrumentale et ce lien était statistiquement significatif ($p=0.00002915$).

DISCUSSION

I- Limites de l'étude

1) Analyse des réponses données par les patientes

- Biais de sélection : seules les patientes ayant accouchées par césarienne en urgence ou par extraction instrumentale ont été incluses dans l'étude. Il aurait été intéressant, pour une meilleure représentativité, d'élargir notre étude à toutes les patientes du réseau ayant accouché par césarienne ou extraction instrumentale, ou d'établir une comparaison avec les patientes du CHU Estaing ayant eu un accouchement voie basse spontanée.
- Biais de mesure ou d'interprétation : l'interprétation des commentaires des patientes concernant la restitution des motifs ayant entraîné une extraction instrumentale ou une césarienne en urgence a été réalisée par nous même. Toutes les patientes n'ont pas la même facilité pour s'exprimer à l'écrit, ce qui laisse l'appréciation des commentaires écrits parfois difficile. Ainsi, des erreurs d'interprétation ont pu être possibles lors de l'analyse.
- Biais de suivi ou d'information : les patientes n'ont pas eu le même suivi de grossesse, différents professionnels de santé sont intervenus ainsi il est difficile d'évaluer précisément la quantité et la qualité de l'information fournie par ceux-ci.
- Biais de mémorisation : il a été demandé aux patientes de se souvenir qui, pendant la grossesse, l'accouchement, et les suites, leur avait délivré une information à propos de la césarienne et de l'extraction instrumentale. Cet effort de mémorisation n'est pas forcément évident pour toutes les patientes, certaines données peuvent donc être erronées.
- Biais de volontariat : 13 patientes sollicitées pour le remplissage du questionnaire n'ont pas répondu, ce qui soulève la question du non remplissage du questionnaire. Est-ce que les patientes n'ayant pas rempli le questionnaire étaient celles qui avaient un vécu plus négatif que les autres ou au contraire un vécu plus positif. Ainsi notre

population n'est pas représentative de la population ayant accouché durant la période de l'étude puisqu'elle exclue tout de même 12% des patientes.

- Afin de limiter le nombre de perdu de vue et pour des questions de faisabilité de l'étude le questionnaire a été distribué pendant la période du post partum au 2^{ème} ou au 3^{ème} jour. Il aurait été préférable d'interroger plus à distance de l'accouchement les patientes afin de mieux objectiver leur satisfaction. Il en est de même pour le vécu, le mesurer sans biais reste difficile. Les premiers jours suivant l'accouchement sont forts en émotion pour la femme, cette période de labilité émotionnelle est le siège de baby blues touchant la plupart des mères. Ainsi le vécu qu'elles gardent de leur travail ou même de leur accouchement peut être biaisé par leurs émotions présentes.

2) Manque de puissance

Nous avons recueilli 85 questionnaires exploitables sur les 103 distribués. Bien qu'ayant un taux de réponses satisfaisant (86.7%), le manque de puissance de l'étude vient nuancer les résultats de celle-ci.

II- Description de la population

Nous avons comparé les caractéristiques de notre population aux caractéristiques générales de la population à travers l'enquête périnatale de 2010 : [1]

➤ L'âge

La moyenne d'âge de notre population était de 29.7 ans avec des extrêmes allant de 17 à 42 ans. Ceci correspond au chiffre de l'enquête périnatale de 2010 qui donnait un âge moyen de 29.9 ans [6]. Notre échantillon était plus représenté par des femmes ayant de 30 à 34 ans (35.3%) puis par les femmes ayant de 25 à 29 ans (24.7%).

Les groupes des moins de 20 ans et des plus de 40 ans étaient largement sous représentés puisqu'ils ne représentaient que 3.5% des patientes à eux d'eux.

➤ Antécédents obstétricaux

Notre population présentait des caractéristiques différentes de celles retrouvées dans l'enquête périnatale. 55.3% des patientes de notre population étaient primigestes contre 32.9% dans la population générale selon l'enquête périnatale et 75.3% de notre population étaient nullipares, au niveau national 43.5% des femmes étaient nullipares.

➤ Situation matrimoniale

94.1% des femmes de notre population déclaraient vivre en couple et 5.9% déclaraient vivre seules ce qui est en dessous de la moyenne nationale puisque 7.2% des femmes déclarent vivre seules.

37.7% des femmes étaient mariées ce qui est en dessous de la moyenne nationale puisque 47.3% des femmes seraient mariées d'après l'enquête nationale de périnatalité de 2010. 29.4% des femmes étaient en concubinage, 22.4% des femmes étaient pacsées, les 10.6% restant étaient représentées par les femmes célibataires, les femmes divorcées et les autres.

➤ Le niveau d'étude

Notre population était composée essentiellement de femmes ayant fait des études supérieures : 58.8% d'entre elles avaient fait des études après le baccalauréat, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (51.8%).

21.2% s'étaient arrêtées au lycée, 17.7% au collège et 2.4% n'avaient pas été scolarisées.

➤ Ressources des femmes

72.9% des femmes travaillaient ce qui est nettement supérieure à la moyenne nationale (67.2%), 10.6% étaient au chômage ce qui est inférieur à la moyenne nationale

(12.1%), le reste de notre population soit 16.5% avaient des ressources autres (RSA, allocations familiales, ressources des parents, aucune...).

➤ Addictions

Notre population était essentiellement composée de non fumeuses soit 78.8%, alors que 17.6% se déclaraient fumeuses (17.1% selon l'enquête nationale de périnatalité de 2010) et 3.5% fumaient seulement en dehors de la grossesse.

➤ Suivi de grossesse et accouchement

Dans notre étude, 9.4% des femmes avaient été hospitalisées pendant leur grossesse.

75% des primipares de notre population avaient participé à des cours de PNP (73.2% au niveau national) ; 28.6% des multipares de notre population avaient participé à ces cours (28.5% au niveau national). Notre échantillon représentait parfaitement la population française. Nous remarquons que les primipares participaient plus à des cours de PNP que les multipares ($p=0.0002145$) montrant l'envie des femmes d'apprendre et de connaître les éléments de suivi de leur grossesse.

35.3% des patientes de notre échantillon avaient dû être déclenchées, contre 23.2% au niveau régional et 22.7% au niveau national.

L'équipe soignante avait été particulièrement présente pour les patientes au cours du travail et de l'accouchement puisque 97.7% d'entre elles se sont senties bien soutenues par cette équipe. 9.4% des patientes n'étaient pas accompagnées pendant le travail et l'accouchement.

Notre population présentait des caractéristiques proches de la population générale. Les caractéristiques de notre population n'avaient pas eu d'influence sur les résultats. On note juste une participation au cours de PNP plus accrue chez les nullipares que chez les multipares montrant leur souhait d'être informée sur le déroulement de leur grossesse. Quant aux multipares, elles éprouvent moins le besoin

de participer à ces cours, s'appuyant sur leurs connaissances déjà acquises et l'expérience de leurs précédentes grossesses.

III- Informations sur la césarienne en urgence et les extractions instrumentales

1- Informations pendant la grossesse

Nous constatons que 48.2% des patientes déclaraient ne pas avoir reçu d'informations sur les extractions instrumentales et/ou la césarienne en urgence pendant leur grossesse.

Parmi celles qui avaient reçu une information pendant leur grossesse (51.8%), nous remarquons qu'elles avaient surtout été données par les professionnels de santé (77.3%) et cela majoritairement et de façon significative pendant les cours de préparation à la naissance (79.4%, $p=0.0006036$). Venait ensuite les consultations sage femme (32.4%), les consultations anesthésistes (23.3%) puis les consultations avec les obstétriciens (20.6%).

Ainsi, seulement 40% de notre population totale avait été informée par un professionnel de santé, pendant la grossesse, au sujet de l'extraction instrumentale et/ou de la césarienne en urgence. Or, comme nous l'avons vu, en 2010, en France, 33.1% des accouchements ont nécessité le recours à une césarienne (programmée ou en urgence) ou à une extraction instrumentale [7]. Ces actes médicaux restent donc fréquemment rencontrés et sont pourtant peu abordés pendant la grossesse.

79.4% des patientes étaient très satisfaites des informations qui leur étaient apportées par les professionnels de santé (figure 1). Les patientes considéraient claires, précises et adaptées les informations qu'elles avaient reçues. Cependant, 20.6% estimaient que l'information reçue par ceux-ci n'était pas suffisante, 17.7% avaient déclaré être peu informées et 2.9% avaient déclaré être très peu informées.

Les informations étaient majoritairement comprises par les patientes (97.1%), 2.9% des patientes avaient estimé que l'information reçue par les professionnels de santé était rarement compréhensible (figure2).

Une enquête de 2008 réalisée par le DRESS avait mis en évidence le fait que les usagères des maternités étaient globalement satisfaites de leur suivi de grossesse sur plusieurs aspects : l'écoute, les conseils, les actes, le suivi global et notamment les informations. Une femme sur cinquante seulement se déclarait pas ou peu satisfaite. Mais il a également été mis en évidence que les femmes souhaiteraient être mieux informées sur les actes médicaux pratiqués au cours de l'accouchement [a].

Durant la grossesse, les femmes restaient très demandeuses d'informations, en ce qui concerne le suivi de grossesse, l'accouchement, l'allaitement... Ainsi les femmes cherchaient par elles-mêmes les informations qui leur paraissaient nécessaires ; 25% des patientes s'étaient documentées sur internet, 40.9% avaient entendu parler de ces méthodes de naissances par des discussions avec l'entourage, et 15.9% avaient lu dans des magazines, regardé des documentaires ou consulté des forums... Cependant, les informations trouvées sont-elles de bonne qualité? Est-ce que le fait de chercher des informations par soi même ne serait pas plus anxiogène que de les avoir dans des situations et des contextes bien précis? D'où l'intérêt que ces informations soient délivrées par des professionnels.

Nous avons également remarqué que 96.5% des femmes de notre échantillon pensaient qu'il est essentiel d'avoir, pendant la grossesse, des informations concernant les extractions instrumentales et/ou la césarienne en urgence. Ce résultat est probablement surestimé du fait que seules les patientes ayant eu recours à ces méthodes d'accouchement ont répondu à la question (biais de sélection). Il aurait été intéressant de connaître l'opinion des patientes pour qui l'accouchement a été physiologique.

2- Informations pendant l'accouchement

➤ Informations données au cours du travail

49.9 % de notre échantillon avaient été préparés au cours de l'accouchement sur l'éventualité d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne en urgence. En effet il est possible, dans certains contextes obstétricaux, de préparer psychologiquement la femme à un accouchement qu'elle n'avait pas prévu au départ. Une stagnation de la dilatation, des anomalies de rythme cardiaque fœtal débutantes, une malposition fœtale, des anomalies du bassin peuvent faire envisager à l'équipe présente en salle de naissance l'éventualité d'un recours à une césarienne ou à une extraction instrumentale suivant les cas.

Dans certains cas, lors d'une procidence du cordon, d'une pathologie obstétricale type hématome rétro placentaire, rupture utérine ; il est bien sûr impossible de prévoir à l'avance, la femme est informée au dernier moment. Parfois les situations d'extrême urgence ne permettent pas de délivrer une information détaillée sur les évènements aux patientes.

Notre méthode de recueil ne nous permettait pas d'identifier précisément les césariennes ou les extractions qui se sont déroulées en extrême urgence. Nous retrouvons tout de même que 50% des extractions instrumentales et 59.6% des césariennes avaient été réalisées dans un contexte d'anomalie du RCF. Les trois pathologies obstétricales responsables de 6.4% des césariennes étaient la rupture utérine, la pré-éclampsie sévère et une pathologie obstétricale non précisée.

Ainsi, 43.8% de patientes de notre population avaient déclaré n'avoir reçu aucune information au cours de travail et 6.3% trouvaient ces informations insuffisantes.

➤ Annonce de l'acte médical

Deux patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale et une patiente ayant eu recours à une césarienne en urgence avaient déclaré ne pas avoir eu d'annonce

sur l'acte qui allait être pratiqué. Nous pouvons tout de même nous interroger sur cette affirmation...

Une patiente a déclaré : *"j'ai su qu'on m'avait fait une ventouse lorsque j'ai vu la petite bosse sur la tête de mon enfant"*.

Avec les émotions de l'accouchement, la confusion qui existe dans de telles circonstances, il est parfois difficile pour les femmes de se rappeler tout ce qui se déroule en salle de naissance. Le traumatisme psychologique de ce type de naissance pour certaines patientes pourrait expliquer le sentiment de non information.

➤ [Informations données sur les indications du geste](#)

12.9% des patientes estimaient ne pas avoir reçu d'informations claires et précises sur les motifs médicaux qui ont conduit à réaliser un tel geste.

Parmi les 74 patientes (87.1%) ayant reçu des informations sur les motifs de l'acte médical, 94.6% les avaient trouvées tout à fait compréhensibles, 5.4% estimaient que ces explications n'étaient pas suffisamment compréhensibles.

Après analyse des explications données par les patientes, nous avons constaté que pour certaines d'entre-elles, il était difficile d'expliquer clairement les motifs de l'acte. Nous avons pu recueillir les explications suivantes :

"Pour limiter les risques", "faciliter le passage du bébé", "la tête était trop grosse", "souffrance pour la maman et danger pour le bébé", "il sortait pas"...

Les expressions utilisées par les mères pour expliquer les motifs médicaux ayant conduit à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence étaient assez proches de ceux indiqués dans le dossier médical. Cependant lorsqu'une intervention voie basse ou voie haute est nécessaire, il est toujours question d'éviter les risques pour la femme enceinte et son enfant. Ainsi les explications données étaient parfois insuffisantes face aux réelles indications médicales.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises. Les femmes n'étaient peut être pas assez préparées sur toutes les éventualités de l'accouchement et elles n'étaient

probablement pas prêtes à subir cet acte. Elles n'avaient peut être pas compris les informations qui leurs avaient été données, ou elles n'avaient reçu qu'une partie de l'information.

De ce fait, 51.8% des patientes n'avaient pas su restituer les motifs de l'extraction de leur enfant ou n'avaient su les restituer que partiellement.

Nous pouvons cependant émettre un bémol sur l'interprétation de cette question. En effet, un recueil de données effectué par entretien semi dirigé aurait permis de mieux retranscrire les pensées des patientes et auraient permis une meilleure interprétation de celles-ci.

➤ [Personnel soignant annonçant le geste](#)

La question n'étant pas restrictive, nous ne pouvons mettre en évidence quel professionnel de santé a annoncé la césarienne en urgence ou l'extraction instrumentale en premier.

La sage femme reste en première position quand à la délivrance de ce type d'informations puisque c'est elle qui suit et qui est responsable du déroulement du travail. Dans les contextes d'urgence, l'intervention du gynécologue-obstétricien est nécessaire et c'est ce dernier qui, dans la plupart des cas, expose les motifs de l'acte médical à la patiente. Ainsi dans notre échantillon, 57.3% des patientes avaient reçu l'information par la sage femme et 56.1% par l'obstétricien.

Nous avons également remarqué que 19.5% des patientes ne se souvenaient plus qui leur avait annoncé le geste.

Il nous semble préférable que, suite à un contexte d'urgence, les professionnels de santé rendent visite aux patientes pendant leur séjour en maternité pour leur expliquer, si besoin, ce qu'il s'est passé en salle de naissance et resituer le contexte.

3) Informations dans le post partum

31.8% des patientes avaient pu bénéficier dans les suites de l'accouchement, d'une information supplémentaire sur ce qu'il venait de se passer.

Parmi celles qui n'avaient pas eu d'information (68.2%), 71.9% n'éprouvaient pas le besoin d'avoir une information supplémentaire, alors que 28.1% auraient aimé avoir une information ; nous avons également mis en évidence que les femmes demandeuses d'informations dans le post partum étaient majoritairement celles qui n'en avaient pas eu pendant la grossesse (tableau VI).

L'opérateur se doit par ailleurs de répondre positivement à un entretien d'information post événementiel au vu de la loi du 04 Mars 2002, voire à le proposer pour une meilleure compréhension des soins. D'autant plus comme nous l'avons vu que nombres d'évènements imprévisibles, peuvent avoir fait l'objet d'informations laconiques, rapidement délivrées, incomplètes voire non comprises par les patientes [3-10]. Rappelons que 58.1% de notre échantillon n'avaient pas su restituer les informations données durant l'accouchement, ce qui prouve une fois de plus l'importance de proposer cet entretien.

IV- Satisfaction des patientes ayant eu une césarienne en urgence ou une extraction instrumentale

1- Réactions à l'annonce de la césarienne ou de l'extraction instrumentale

Cette annonce avait suscité deux sentiments majoritaires qui sont radicalement opposés à savoir l'angoisse pour 34.2% des patientes et la confiance pour 40% des patientes, venaient ensuite la déception (30.6%) et l'inquiétude (30.5%).

Nous avons remarqué que les patientes les plus angoissées étaient celles qui n'avaient pas eu d'informations pendant la grossesse. La notion d'angoisse peut trouver son origine dans l'urgence de la situation où tous les gestes ne sont pas forcément expliqués. L'angoisse s'explique ainsi par la méconnaissance ou l'insuffisante

connaissance des patientes vis-à-vis de l'accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale.

Les anomalies de rythme cardiaque fœtal étaient les principales indications de césarienne en urgence et d'extraction instrumentale (respectivement 59.6% et 50%). Dans ce contexte, la santé de l'enfant est en jeu, il faut donc agir rapidement. On comprend alors l'angoisse des femmes qui ne savent pas trop ce qui est en train de se dérouler.

Venaient ensuite comme indications, l'absence de progression de la présentation pour les extractions instrumentales (65.8%) et la stagnation de la dilatation pour la césarienne (36.2%) ; ces situations permettent aux femmes de se rendre compte de l'évolution des choses, elles voient que le bébé n'avance pas ou que le col ne se dilate plus et comprennent probablement mieux le geste lorsqu'il est annoncé, elles sont préparées aux gestes.

Dans la majorité des cas, plusieurs indications d'extraction fœtale sont retrouvées, ainsi la combinaison de ces différentes indications engendre une angoisse encore plus forte pour les patientes.

Nous avons d'ailleurs remarqué que, lorsque les patientes étaient informées au cours du travail sur les éventualités futures pour leur accouchement, elles se sentaient plus en confiance (28.2% vs 9.4%) au moment où le geste était vraiment annoncé. Celles qui n'avaient pas reçu d'information s'étaient senties plus tristes (9.4% vs 2.4%) et plus déçues (12.9% vs 10.6%) que les autres. Ces résultats prouvent l'importance du soutien par l'équipe médicale sur le vécu des patientes [23-24-25].

2- Emotions ressenties au cours de l'accouchement

Les patientes s'étaient exprimées de manières différentes vis-à-vis des émotions à la naissance de leur enfant.

D'une part, 52.9% des patientes l'avait défini comme éprouvant, 42.4% stressant, 22.4% angoissant, et 3.5% l'avait trouvé déprimant.

D'autres part, 61.2% l'avait trouvé émouvant, 28.2% joyeux, 18.8% enrichissant, et 3.5% l'avait trouvé valorisant.

D'autres émotions étaient présentes, il avait été noté la douleur, la fatigue, la souffrance, le traumatisme...

La naissance d'un enfant est un moment unique pour la femme ou chacune voit son rêve s'accomplir, la naissance de cet être tant désiré, la grossesse prend fin et la femme se voit devenir mère. Ce moment est intense en émotion pour le couple et souvent la douleur de l'accouchement laisse place aux larmes de joies des nouveaux parents.

Les patientes avaient qualifié leur accouchement d'éprouvant pour 52.9% d'entre elles. Le travail d'accouchement est souvent long, intense, un vrai marathon pour la femme où celle-ci doit supporter les contractions et se préparer physiquement et mentalement à la naissance de son enfant, moment qui peut conduire à un stress souvent décrit par les patientes. Dans certains contextes d'urgence, le personnel soignant n'a pas le temps d'expliquer à la future mère tout ce qu'il se passe, provoquant en elle des réactions telles que le stress et l'angoisse [30].

Nous avons remarqué que ni l'information donnée pendant la grossesse, ni celle donnée pendant le travail n'avaient d'influence sur les émotions globales ressenties par les patientes au moment de leur accouchement.

3- Satisfaction globale des femmes

Globalement, les patientes gardent un vécu positif de leur travail d'accouchement (69.8%). Nous avons même remarqué que le déclenchement n'était pas responsable de douleurs plus intenses avant la mise en place d'une APD et n'était pas responsable non plus d'un vécu plus négatif du travail d'accouchement.

Nous avons pu remarquer cependant que 36.5% de notre population avaient un vécu négatif de leur accouchement, 27.1% l'avait trouvé moyennement satisfaisant, 9.4% l'avait trouvé pas du tout satisfaisant.

Nous avons voulu savoir si l'information reçue pendant la grossesse ou pendant le travail d'accouchement influençait le vécu global des patientes vis-à-vis du travail d'accouchement et de l'accouchement mais aucun lien statistique n'a été retrouvé.

Nous avons cependant observé que les femmes qui étaient angoissées à l'annonce, avaient un vécu plus négatif que les autres et que celles qui étaient confiantes, avaient un vécu plus positif que les autres. Et ces différentes réactions étaient corrélées avec les informations fournies aux patientes durant la grossesse et le travail. Ces éléments prouvent l'importance de l'instauration d'une relation de confiance entre soignants et patientes : la patiente se sentant rassurée, épaulée, comprise, écoutée, encouragée sera globalement plus satisfaite [23-33].

Nous avons vu que l'étude du vécu des femmes était très difficile puisque subjective. Au final même dans les contextes d'urgence, les patientes étaient satisfaites du résultat : elles occultaient les moments désagréables de l'accouchement pour ne garder que le meilleur [22].

Enfin, il semblerait que la compréhension des informations médicales reçues par les patientes influence leur satisfaction. Ainsi, nous avons constaté que même les patientes qui n'avaient pas su restituer les indications médicales du geste (18.8%) avaient quand même un vécu positif de leur accouchement. L'urgence de la situation n'est peut être pas très bien comprise par les patientes qui finalement ne pensent qu'au résultat : leur enfant est avec elles et est en bonne santé.

Ces deux situations "d'urgence", l'extraction instrumentale et la césarienne en urgence sont deux méthodes de naissance bien différentes et nous avons pu mettre en évidence que les mères ayant accouché par césarienne avaient un vécu plus négatif de leur accouchement que les autres et ce de manière significative. Elles étaient également plus tristes et plus déçues que les autres. Cette sensation d'échec de l'accouchement naturel est effectivement mal vécue par les femmes qui se sentent coupables de celui-ci, globalement les femmes restent insatisfaites par ces méthodes de naissance [26-34].

4- Attentes des femmes

Une question ouverte permettait aux patientes de s'exprimer vis-à-vis de leur accouchement et des démarches qu'elles auraient souhaitées de la part des professionnels pour améliorer leur vécu.

80% des patientes ne s'étaient pas exprimées ou avaient répondu que le personnel soignant, l'équipe obstétricale et la prise en charge avaient été adaptés à la situation et que rien n'aurait pu améliorer leur vécu.

Parmi les 20% de patientes ayant laissé des commentaires, il s'agissait surtout de commentaires sur la césarienne en urgence.

Une seule remarque a été retrouvée en ce qui concerne l'extraction instrumentale : la patiente aurait souhaité des explications sur les complications possibles de l'utilisation d'une ventouse pour elle et son enfant.

La plupart des commentaires concernaient donc la prise en charge lors d'une césarienne en urgence, les femmes auraient aimé avoir plus d'informations pendant la grossesse, auraient aimé savoir les conséquences de la césarienne pour l'enfant et pour elles. Certaines avaient exprimé le sentiment de ne pas avoir été assez rapidement informées sur l'état néonatal de leur enfant. Plusieurs patientes auraient aimé que le père de l'enfant soit plus présent pendant la césarienne et qu'on s'occupe plus de lui, que son vécu soit également pris en compte. Enfin, certaines avaient regretté le manque de contact humain et auraient souhaité que la naissance de leur enfant ne soit pas qu'une simple opération chirurgicale.

Certains témoignages de patientes restaient sévères vis-à-vis du déroulement de leur accouchement :

"Il est assez désagréable d'entendre chuchoter les gens à côté de nous sans nous parler" ; "je ne m'y attendais pas du tout"... mais concernaient peu de patientes...

V- Projet d'action

Au vu des résultats de notre étude, il nous paraît donc important de favoriser le développement de l'information au cours de la grossesse et dans les suites et de favoriser un accompagnement global de la naissance.

1- Améliorer l'information

➤ Favoriser l'accès au cours de préparation à la naissance

Nous avons mis en évidence que les femmes étaient plus informées sur les extractions instrumentales et sur la césarienne en urgence lorsqu'elles participaient à des cours de PNP. Il faudrait donc favoriser et développer ces cours, en parler plus pendant les consultations de grossesse. Expliquer l'importance de participer à ces cours et proposer aux femmes, même aux femmes qui ont déjà accouché, de s'y inscrire en leur rappelant que ces cours, au nombre de huit, sont remboursés par la sécurité sociale.

Cette préparation à l'accouchement est nécessaire pour que la femme assimile tout ce qui est possible d'arriver pendant le travail d'accouchement et l'accouchement. Cette préparation évitera l'effet de surprise lors de l'annonce d'un événement auquel elle ne s'attendait pas. Elle permet également d'établir une relation de confiance entre professionnel de santé et patiente. Pendant ces cours, la patiente et son conjoint peuvent poser et avoir des réponses à toutes leurs questions...

La prise en compte des pères et leur intégration au cours de PNP nous paraît primordiale. Ils participent activement au soutien des mères pendant la grossesse et l'accouchement.

➤ Favoriser l'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce est un entretien avec un professionnel de santé, majoritairement la Sage-femme, qui s'effectue en couple ou seule, et de façon individuelle. Il permet de véhiculer plus d'informations à la femme enceinte et au

couple. Cette séance permet, entre autre, d'identifier les besoins d'information des couples et de lever certaines angoisses. Il est l'entretien idéal pour proposer à la femme enceinte et au couple une méthode de préparation à la naissance adaptée aux besoins.

Nous nous sommes posé la question de la réalisation d'une brochure d'information pour les patientes. Cependant l'information doit être donnée dans un contexte particulier, avec une personne de confiance... Une brochure à disposition des patientes expliquant l'extraction instrumentale et la césarienne en urgence aurait donc pu être plus anxiogène que rassurante. Chaque information doit être donnée en temps voulu.

2- Favoriser un accompagnement singulier des patientes

Comme nous l'avons vu, le soutien par l'équipe soignante et des explications données au fur et à mesure sont en corrélation avec la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur accouchement. Il nous paraît donc important que l'équipe soignante soit présente et disponible pour la femme enceinte et le couple durant toute la phase de travail et de l'accouchement. Une relation de confiance doit être établie entre professionnels de santé et patientes. Il faut favoriser un temps d'échange entre ces deux interlocuteurs, la communication restant la base du soin en santé. A l'annonce d'un geste inattendu, il faut consacrer quelques instants au couple pour tout expliquer ; à la patiente bien sûr, mais aussi au conjoint qui se sent un peu seul et mis à l'écart dans de telles situations.

Si possible, l'obstétricien ayant réalisé l'acte pourrait passer dans le service de maternité pour réexpliquer certaines choses ; parfois une simple visite suffit...

Enfin, un suivi et un accompagnement global par des sages-femmes libérales ayant accès au plateau technique serait l'idéal.

3- Communiquer sur les structures d'aide et de soutien des patientes

Les séances de débriefing à proprement parlé n'ont pas démontré de réel intérêt sur le vécu des patientes. Cependant, 5 à 7% des patientes gardent un mauvais vécu de

leur accouchement et le fait de pouvoir en parler à postériori pourrait les aider à surmonter cette épreuve.

- Proposer un accompagnement psychologique aux patientes pendant le séjour en maternité par la psychologue du service, qui, si besoin, pourra ensuite l'orienter vers des structures d'aide adaptées.

- Informer sur la possibilité d'avoir deux consultations supplémentaires en post partum, avec la sage femme, prise en charge par la sécurité sociale, pouvant leur permettre de poser toutes les questions éventuelles restantes. Les consultations étant décalées, la patiente a le temps de se remettre de ses émotions et d'apprécier les choses de la façon la plus objective possible.

- Proposer à la patiente de réaliser la visite post natale avec l'obstétricien qui a réalisé l'extraction instrumentale ou la césarienne.

- Proposer à la patiente un entretien post natal précoce.

CONCLUSION

La satisfaction est un concept complexe et subjectif, reconnue comme un indicateur de la qualité des soins.

L'étude a permis de mettre en évidence l'importance de l'information donnée durant la période prénatale, et surtout de la préparation à la naissance et à la parentalité, sur les sentiments des patientes à l'annonce d'un geste inattendu et donc sur leur satisfaction vis-a-vis de leur accouchement.

Le caractère parfois imprévisible et urgent des situations obstétricales per partum limite probablement la qualité des informations données aux patientes et plus largement au couple. Cependant, l'accompagnement prodigué par la sage-femme tout au long du travail est un facteur modulable, qui montre bien le rôle incontournable qu'elle joue auprès des patientes.

Il nous paraît ainsi évident de développer cette information en cours de grossesse, en favorisant l'accès des patientes au cours de préparation à la naissance et en favorisant l'intégration des pères à ceux-ci. Chaque naissance étant différente, l'accompagnement des patientes en salle de naissance doit être personnalisé pour une meilleure prise en charge. De plus, une visite en maternité, dans les jours suivant l'accouchement, par l'obstétricien ayant réalisé l'acte, devrait pouvoir être possible à la demande de la patiente.

Une étude menée dans les mois suivants l'accouchement à l'aide d'entretiens semi-directifs, permettrait de mieux identifier et analyser les besoins qu'avaient les patientes au moment de leur accouchement. Aussi, il paraîtrait intéressant d'étudier à plus long terme l'impact d'un accouchement dystocique sur la santé psychologique de la femme.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants INSERM - U.953. Mai 2011.

Disponible à partir de : URL :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

[2] Dictionnaire Larousse [en ligne]

Disponible à partir de : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

[3] République française. Loi numéro 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO du 05 mars 2002.

[4] République française. Loi numéro 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. JORF du 07 août 2004.

[5] République française. Décret 2004-802 2004-07-29. Article R4127-35 du code de la santé publique. Version en vigueur au 8 août 2004.

[6] Haute autorité de Santé (HAS). Synthèse des recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes? Mai 2005.

[7] Collège de la HAS en novembre 2005. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2006. Pages 6-20.

[8] République française. Loi numéro 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Article L4151-1 du code de la santé publique.

[9] Texte des recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008 ; 37 : S297-S300.

[10] Pierre F, Jousse M. Aspects médico-légaux de l'extraction instrumentale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008 ; 37 : 276- 287.

[11] De Troyer J, Bouvenot J, D'Ercole C, Boubli L. Extraction instrumentale par spatules de Thierry. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005 ; 34 : 795- 801.

[12] Huch A, Benz J. Checklists de médecine, Obstétrique, 2002, Pages 136-200.

[13] Maillet R, Schaal J-P, Riethmuller D, Zurlinden B. Ventouse ou forceps, que choisir? Dossier. La lettre du gynécologue. Numéro 257 Décembre 2000. [en ligne] (consulté le 10/12/11)

Disponible à partir : URL : <http://www.edimark.fr/publications/articles/ventouse-ou-forceps-que-choisir/3872>

[14] Beucher.G. Complications maternelles des extractions instrumentales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2008 ; 37 : 244-259.

- [15] Dupuis O, Silveira R, Redarce T, Dittmar A, Rudigoz R-C. Extraction instrumentale en 2002 au sein du réseau AURORE : incidence et complications néonatales graves. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2003 ; 31 : 920-926.
- [16] Baud O. Complications néonatales des extractions instrumentales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008 ; 37 : 260-268.
- [17] Guihard P, Blondel B. Les facteurs associés à la pratique d'une césarienne en France, Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995. *Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction*, 2001; 30 : 444- 543
- [18] Haute autorité de Santé (HAS). Indications de la césarienne programmée à terme. Recommandations pour la pratique clinique. Janvier 2012.
- [19] Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction*, 2000 ; 29 : 10- 16.
- [20] Ladaïque A, Leroch' A, Deruelle P. Les risques maternels et foetaux de la césarienne programmée et en urgence. *Pelvi-Périnéologie*, 2009 ; 4 : 200-206.
- [21] Pierre F, Rudigoz R-C. Césarienne en urgence : existe-t-il un délai idéal? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008 ; 37, 41-47.
- [22] Teissiere E, Suarez B. Naître de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance. Montpellier : sauramps medical ; 2008.
- [23] Larkin P, Begley C-M, Devane D. Women's experience of labour and birth : an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 2009 ; 25 : p49-p59.
- [24] Denis A, Callahan S. Etat de stress post traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2009 ; 19 : p116-p119.
- [25] Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience : prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31 ; 1 March 2004.
- [26] Collet M. Etudes et résultats. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DRESS. Numéro 660. Septembre 2008.
Disponible à partir de l'URL :
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf
- [27] Nciri M. La communication dans la relation médecin-malade. *Espérance Médicale*. Décembre 2009. Tome 16. Numéro 164.

- [28] Baro P. Les implications psychologique de la césarienne. Dans : Racinet C, Favier M, Meddoum M, eds. La césarienne. Montpellier : sauramps medical ; 2002. p399-p407.
- [29] Koppf-Landas A, Moreau A. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2008 ; 36 : 1101-1104.
- [30] Clement S. Psychological aspects of caesarean section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology ; 2001, Vol.15, num1, p109-p126.
- [31] Declercq E, Cunningham D-K, Johnson C, Sakala C. Mother's reports of post partum pain associated with vaginal and caesarean deliveries : results of a national survey. Birth, 35 ; 1 March 2008.
- [32] Wiklund I, Edman G, Ryding E-L, Andelf E. Expectation and experiences of childbirth in primipare with caesarean section. BJOG, 2008 ; 115 : p324-p331.
- [33] Chauvin Julie. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement. Mémoire Sage-femme : Med : université Paris Descartes. 2010.
- [34] Médard J. "On m'a vole mon accouchement" La césarienne en cours de travail : comment le vivent-elles? Mémoire Sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand I. 2005 ; MSF11.

ANNEXES

Annexe 1 :

Dupré Laura
33bis Rue Montlosier
63000 Clermont-Ferrand

Clermont-Ferrand, novembre 2011

Madame,

Etudiante Sage-Femme en dernière année à l'école de Clermont-Ferrand, je me permets de solliciter votre participation dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

A l'aide du questionnaire ci joint, je souhaite recueillir vos impressions, vos sentiments suite à votre accouchement soit à l'aide d'une extraction instrumentale (ventouse, forceps) ou par césarienne.

Le questionnaire se divise en plusieurs parties : une partie sur quelques généralités vous concernant, puis une partie sur les informations que vous recevez pendant la grossesse, au moment de la naissance et dans les deux heures qui la succèdent. Le questionnaire doit être rempli dans la mesure du possible **2 jours après votre accouchement**, soit à la moitié de votre séjour (environ). Vos réponses resteront **anonymes**.

Le remplissage de ce questionnaire requiert environ 15 minutes. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête.

Chloé Vankenhove, directrice de mémoire et sage femme au CHUE et moi-même, vous remercions par avance pour votre précieuse participation à ce travail.

En vous souhaitant un agréable séjour et beaucoup de bonheur avec votre enfant, veuillez accepter, Madame, toute ma reconnaissance.

Laura Dupré

PARTIE N°1 - QUELQUES QUESTIONS D'ORDRE GENERAL

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quelle est votre situation matrimoniale ?
 - Célibataire
 - Mariée
 - Divorcée
 - Pacsée
 - Concubinage
 - Autre
- 3- Vous vivez :
 - Seule
 - En couple
 - Autre :
- 4- Quel est votre niveau d'étude ?
 - Non scolarisée
 - Collège (BEP, CAP)
 - Lycée (Baccalauréat)
 - Enseignement supérieur
- 5- Quelles sont vos ressources ?
 - Travail
 - Chômage
 - Autre :
- 6- Est-ce que vous fumez ?
 - Oui
 - Non
 - Seulement en dehors de la grossesse
- 7- Si c'est votre premier accouchement passez à la question suivante, si vous avez déjà accouché, quel vécu gardez-vous de votre ou vos précédents accouchements ?
 - Très satisfaisant
 - Satisfaisant
 - Moyennement satisfaisant
 - Pas du tout satisfaisant
- 8- Concernant vos antécédents obstétricaux :
 - Fausse couche, nombre :
 - Grossesse extra utérine, nombre :
 - Interruption volontaire de grossesse, nombre :
 - Interruption thérapeutique de grossesse, nombre :

PARTIE N°2 - CONCERNANT VOTRE SUIVI DE GROSSESSE

9- Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse?

- Oui, pourquoi ?
- Non

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

- Oui
- Non (passez directement à la question 11)

Si oui :

a) Où?

- CHU Estaing
- Sage-Femme libérale
- PMI (protection maternelle et infantile)
- Autre :

b) A quels types de préparation à la naissance avez-vous pu participer ?
(plusieurs réponses possibles)

- Classique
- Piscine
- Haptonomie
- Sophrologie
- Yoga
- Relaxation
- Autre :

11- Aviez-vous déjà lu ou reçu une information sur la césarienne en urgence et/ou sur les extractions instrumentales au cours de cette grossesse ?

- Seulement au sujet de l'extraction instrumentale
- Seulement au sujet de la césarienne
- Les deux
- Non

Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- Par des professionnels de santé
- Par des personnes de votre entourage
- Sur internet (forums, sites médicaux...)
- Autre :

12- **Pendant la grossesse**, si vous avez reçu des informations **par les professionnels de santé** concernant la césarienne en urgence ou les extractions instrumentales : (si non passez à la question 13)

- a) Vous avez le sentiment d'avoir été :
 - Très bien informée
 - Suffisamment informée
 - Peu informée
 - Très peu informée

- b) Les informations vous ont-elles paru compréhensibles ?
 - Toujours
 - Généralement
 - Rarement
 - Jamais

- c) Par qui ont-elles été données ? (plusieurs réponses possibles)
 - Sage-femme de consultation
 - Gynécologue-obstétricien ou interne
 - Anesthésiste
 - Sage femme lors de cours de préparation
 - Autre, précisez :

13- Vous paraît-il nécessaire que les professionnels de santé abordent ce sujet pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

PARTIE N°3 - CONCERNANT VOTRE TRAVAIL EN SALLE DE NAISSANCE, VOTRE ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM IMMEDIAT (LES 2HEURES OU VOUS RESTEZ EN SALLE DE NAISSANCE OU SALLE DE REVEIL)

14- Avez-vous dû être déclenchée pour votre accouchement?

- Oui, pourquoi ?
- Non

15- Avez-vous pu bénéficier d'une anesthésie péridurale (APD)?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi :

- Vous ne la désiriez pas
- Vous ne pouviez pas en bénéficier
- Il n'y a pas eu le temps nécessaire à sa mise en place
- Une anesthésie générale a été utilisée
- Autre :

16- Comment évalueriez-vous l'intensité des douleurs que vous avez ressenties **pendant le travail avant l'anesthésie péridurale ?**

Mettez une note entre 0 et 10 : (0 signifie pas de douleur, 10 signifie douleur insupportable)

17- Comment évalueriez-vous l'intensité des douleurs que vous avez ressenties **pendant le travail après l'anesthésie péridurale** (si vous avez pu en bénéficier) ?

Mettez une note entre 0 et 10 : (0 signifie pas de douleur, 10 signifie douleur insupportable)

18- Comment évalueriez-vous l'intensité des douleurs que vous avez ressenties **pendant la mise au monde de votre enfant?**

Mettez une note entre 0 et 10 : (0 signifie pas de douleur, 10 signifie douleur insupportable)

19- Pour mettre au monde votre enfant, l'équipe médicale a du recourir à :

- Une extraction instrumentale (ventouse, forceps ou spatules)
- Une césarienne

20- Avez-vous reçu une information sur le motif de ce geste (extraction ou césarienne)?

- Oui
- Non
- Pas suffisamment

21- Cette information vous a-t-elle paru compréhensible ?

- Oui
- Non
- Pas suffisamment

22- Selon vous pourquoi a-t-on pratiqué une extraction instrumentale ou une césarienne? (Expliquez en quelques mots les motifs du geste selon ce qui vous a été expliqué)

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

23- Qui vous a délivré l'information au moment du geste ?

- Sage-femme
- Etudiant
- Interne ou obstétricien
- Autre, précisez :
- Je ne sais pas ou je ne sais plus
- On ne me l'a pas dit

24- Comment qualifieriez-vous votre réaction à l'annonce de ce geste ? (Choisissez un ou plusieurs mots proposés dans la liste suivante)

- Angoissée
- Rassurée
- Déçue
- Inquiète
- Triste
- Sécurisée
- Confiante
- Autre, précisez en quelques mots :

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

25- Avez-vous reçu des informations **au cours du travail** concernant la possibilité d'une extraction ou d'une césarienne en urgence ?

- Oui
- Non
- Pas suffisamment

26- Avez-vous le sentiment d'avoir été soutenue et accompagnée par l'équipe soignante tout au long de votre accouchement ?

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

27- Etiez-vous accompagnée par un proche pour le déroulement de votre accouchement ?

- Oui, par mon mari ou conjoint
- Oui, par un ou une ami(e)
- Oui, par un membre de ma famille
- Non
- Autre : précisez.....

28- Avez-vous été informée rapidement sur l'état néonatal de votre enfant ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

29- Comment qualifieriez-vous votre accouchement sur le plan émotionnel ? (plusieurs réponses possibles)

- Enrichissant
- Stressant
- Emouvant
- Déprimant
- Valorisant
- Eprouvant
- Joyeux
- Angoissant
- Autre :.....

30- Comment qualifieriez-vous le vécu du déroulement de **votre travail d'accouchement** ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

31- Comment qualifieriez-vous le vécu de **la mise au monde de votre enfant** ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

32- Durant votre séjour à la maternité, avez-vous reçu une information supplémentaire concernant le geste qui a été effectué (césarienne ou extraction) ?

- Oui
- Non

Si non, en auriez vous souhaité une ?

- Oui
- Non

33- Selon vous quelles démarches de la part des professionnels de santé auraient pu améliorer votre vécu ?

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

Je vous remercie pour votre participation à ce questionnaire tout en vous souhaitant un excellent séjour.

LAURA DUPRE

Etudiante sage-femme 5ième année des études maïeutique

Ecoles de Sages-Femmes de Clermont Ferrand

Annexe 2 :

PARTIE MEDICALE DU QUESTIONNAIRE

N°

Durée des efforts expulsifs : minutes.

Gestité.....Parité.....

1- Si extraction instrumentale :

a) Quels sont le ou les motifs ?

- Non progression de la présentation
- Fatigue maternelle
- Efforts expulsifs insuffisants
- RCF pathologique
- Présence d'un LA pathologique (teinté, méconial, sanglant)
- Présentation dystocique (défléchie ou autre)
- Autre, précisez :

b) Lésions périnéales :

- Périnée intact
- Déchirure simple
- Episiotomie
- Périnée complet
- Périnée complet compliquée

2- Si césarienne en urgence :

- Echec de déclenchement
- Echec d'extraction instrumentale
- Stagnation de la dilatation (.....cm)
- Non progression de la présentation
- Non engagement de la présentation
- Efforts expulsifs insuffisants
- Présentation dystocique (front, face...)
- Procidence du cordon ou d'un membre
- RCF pathologique
- Pathologie obstétricale (HRP, éclampsie...)
- Présence d'un LA pathologique (teinté, méconial, sanglant)
- Autre, précisez: