



HAL
open science

Vécu de l'extraction instrumentale : étude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale

Victoria Mulot

► **To cite this version:**

Victoria Mulot. Vécu de l'extraction instrumentale : étude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01121557

HAL Id: dumas-01121557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01121557>

Submitted on 2 Mar 2015

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.

ANNEE 2014

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Victoria MULOT

Née le 04 novembre 1985 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 octobre 2014

Vécu de l'extraction instrumentale

**Etude prospective sur une population de 100
patientes primipares à terme sous analgésie
péridurale**

Membres du jury :

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Loïc MARPEAU
DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Loïc MARPEAU
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK
Madame le Professeur Priscille GERARDIN
Madame le Docteur Claire ROUSSEAU

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES -
C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M.
LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{ie} MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB
- R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie

M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dével. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN-TARTARIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Loïc MARPEAU,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie d'avoir cru en ce travail qui me tenait à cœur, et d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de votre accompagnement constant et de votre disponibilité, tout au long de cette expérience.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour la richesse de votre enseignement et la qualité de la formation que vous nous avez prodiguée.

À Monsieur le Professeur Eric VERPSYCK,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez accepter l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Merci de m'avoir transmis votre passion pour le soin en médecine fœtale et en grossesses pathologiques. Je suis fière de pouvoir mettre en pratique l'enseignement que vous m'avez apporté.

À Madame le Professeur Priscille GERARDIN,

Je vous remercie d'avoir répondu à mon invitation, et d'avoir accepté de juger mon travail.

J'espère qu'il se montrera à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

À Madame le Docteur Claire ROUSSEAU,

Je te remercie d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ma réflexion, et d'avoir su me guider par ton expérience au quotidien.

Merci pour ton infinie patience, et tes conseils prodigués avec tant de gentillesse.

Un grand merci:

Aux médecins, internes et sages-femmes qui ont accepté de participer à cette aventure, ce travail n'existerait pas sans votre aide !

A Cédric, pour son aide inestimable à l'analyse statistique, et son infinie patience.

A Sophie et Karine, pour m'avoir éclairée dès les balbutiements de ce travail par leur regard de psychologues, pour leur relecture et leurs conseils avisés sur les questionnaires.

A Patricia, merci de ton aide avec les données de la mater.

A Mariam, je te remercie d'avoir accepté de relire ce travail avec moi.

A l'équipe d'Evreux, et en particulier au Docteur Elise Machevin qui m'a accompagnée très tôt sur le chemin de la médecine fœtale,

A l'équipe du Havre,

Merci de m'avoir accompagnée durant mes premières heures d'internat, de m'avoir tenu la main pour mes premiers pas en gynécologie-obstétrique.

A toute l'équipe du Belvédère,

Merci de m'avoir accueillie avec autant de gentillesse durant mon internat, je vous remercie infiniment de votre confiance pour les deux années à venir.

A l'équipe de la Mater,

Merci pour la richesse de votre enseignement ; j'ai découvert grâce à vous la grande diversité technique, éthique et humaine de la spécialité qui est désormais la nôtre.

A l'équipe d'Elbeuf,

C'a été un plaisir que de travailler au sein de votre service, merci de votre confiance renouvelée en ce dernier semestre d'internat.

Une pensée particulière pour le Docteur Marie Brasseur-Daudruy, qui a su m'enseigner la beauté de l'image (*quelle magnifique foliation !*), et m'a appris à donner le meilleur de moi-même. J'espère avoir la chance de travailler encore longtemps à tes côtés !

A tous mes chefs : Anne, Alexis, Stéphane, Cécile, Mariam, Nico&Nico, Maud et Matthieu, et les autres... J'ai grandi à vos côtés, marché dans vos pas pendant ces cinq années. Merci pour ce compagnonnage !

A vous mes co-internes de gynéco : Stéphanie, Elisabeth, Amélie, Joumana, Julie, Basma, Florian, Marie (maintenant vous brillez chez les grands !), Julien, Gauthier, Maria, Anne-Cécile, Salwa, Audrey, Hélène, Solène, Salma, Estelle, Carole, Aurélie, Mahamadou, Eulalie, Cécile et tous les autres... Merci pour ces moments partagés en stage, les tranches de rigolade comme les coups durs, les « p'tites pauses café-clope » d'après le staff qui remontent le moral, même quand on n'a pas dormi et qu'on a la tête de travers...

A tous mes co-internes de chirurgie : Benoit et John, Guillaume, Sabrina, Rachid, Marie&Marie, David, Julien et les autres... Merci de votre aide lors mes premiers pas en tuyauterie...

Aux équipes formidables de sages-femmes de toute la région, qui m'ont transmis leur savoir et leur savoir-faire en maïeutique. Merci pour ce formidable travail d'équipe, cette complémentarité et cette confiance qui nous permet tous les jours d'accompagner ces femmes à travers ce moment magique.

Aux équipes infirmières, IBODE, IADE, aides-soignantes, ASH, secrétaires, avec qui j'ai eu un grand plaisir à travailler, merci de votre disponibilité et de votre efficacité qui nous facilitent la vie tous les jours.

Un grand merci

A toi, Philippe, merci d'avoir été présent de façon constante à mes côtés, depuis le début de cette folle aventure. Merci de ton soutien sans faille, de tes conseils toujours bienveillants et de ton amour indéfectible.

A mes parents, c'est grâce à votre amour et à vos encouragements que je suis arrivée jusque-là, merci de m'avoir accompagnée sur cette voie longue et riche en émotions. Merci d'avoir toujours eu confiance en moi.

A toi mon frère Jordan, merci d'être venu me soutenir aujourd'hui, bientôt ça sera à mon tour de venir t'encourager !

A Papy Lucien, je sais que tu me regardes de là où tu es, j'espère que tu es fier de moi.

A Papy Louis et Mamie Lucienne, merci de votre soutien constant tout au long de ces années, merci d'être présents pour partager ce moment important.

A mes beaux-parents, vous qui m'avez acceptée au sein de votre famille, m'avez toujours encouragée et rassurée, merci d'être là aujourd'hui.

Aux copains : Véro et Flo, Stéph et Clément, Amélie et Fabrice, Nicolas, Mélanie, et tous les autres... Vous qui avez vécu avec moi ces années folles, qui avez partagé mes lendemains de garde difficiles, mes coups de folie et mes coups de gueule, merci pour votre soutien et votre amitié.

A ma poulette Alice, petite filleule en forme de princesse, qui sait ouvrir sur sa marraine ses grands yeux pétillants et pleins d'amour.

A tous mes p'tits poulots, ceux sortis du ventre et ceux qui y poussent encore, vous voir grandir est un émerveillement de tous les jours.

*A ces femmes qui placent tous les jours
leur confiance entre nos mains...*

*« On entre en obstétrique un peu
comme on entre en religion ; la foi n'y suffit
pas, études et diplômes non plus.*

*Il faut savoir écouter, montrer de la
compréhension, faire preuve ici de
souplesse, là de détermination, gagner la
confiance. »*

Jacques Gélis

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	22
2. GENERALITES & PRE-REQUIS.....	23
2.1 L'EXTRACTION INSTRUMENTALE.....	23
2.1.1 Epidémiologie.....	23
2.1.2 Historique.....	25
2.1.3 Facteurs de risque de l'extraction instrumentale.....	28
2.1.4 Recommandations.....	33
2.1.5 Conséquences de l'extraction instrumentale.....	36
2.2 LE VECU DES FEMMES.....	37
2.2.1 Donner naissance, au XXIème siècle.....	37
2.2.2 Témoignages.....	39
2.2.3 Influence de facteurs <i>pre, per et post partum</i> sur le vécu de l'accouchement.....	42
2.2.4 Evaluation de la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur accouchement.....	46
2.2.5 Conséquences de l'accouchement instrumental sur le bien-être des femmes.....	48
3. MATERIELS ET METHODES.....	51
3.1 OBJECTIFS.....	51
3.2 L'ETUDE.....	52
3.2.1 Population.....	52
3.2.2 Questionnaires aux patientes.....	53
3.2.3 Etude du dossier médical.....	55
3.2.4 Questionnaire à l'obstétricien.....	56
3.3 ANALYSE STATISTIQUE.....	58
3.3.1 Effectif.....	58
3.3.2 Analyse descriptive.....	58
3.3.3 Analyse univariée.....	58
3.3.4 Analyse multivariée.....	60

4. RESULTATS	61
4.1 EFFECTIFS.....	61
4.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	61
4.2.1 Données démographiques	61
4.2.2 Critères <i>ante partum</i>	62
4.2.3 Caractéristiques du travail	63
4.2.4 Modalités de l'accouchement	64
4.2.5 Données néonatales	65
4.2.6 Patientes ayant refusé le questionnaire.....	66
4.3 QUESTIONNAIRES AUX PATIENTES : ANALYSE DESCRIPTIVE	68
4.3.1 « Pendant la grossesse »	68
4.3.2 « Pendant le travail »	70
4.3.3 « Juste avant l'accouchement »	72
4.3.4 « Pendant l'accouchement »	74
4.3.5 « Juste après l'accouchement »	76
4.3.6 « Pendant le séjour en maternité »	76
4.3.7 « Au total »	77
4.4 LE MINI QUESTIONNAIRE OBSTETRICIEN	82
4.5 ANALYSE STATISTIQUE	84
4.5.1 Analyse univariée	84
4.5.2 Analyse multivariée.....	85
5. DISCUSSION	87
5.1 VALIDITE DE L'ETUDE	87
5.1.1 Forces de l'étude	87
5.1.2 Limites de l'étude	87
5.2 DISCUSSION DES RESULTATS, COMPARAISON A LA LITTERATURE	89
5.2.2 Caractéristiques démographiques.....	89
5.2.3 Déroulement de la grossesse	90
5.2.4 Modalités d'accouchement.....	91
5.2.5 Complications obstétricales.....	93
5.2.6 Complications néonatales.....	94
5.2.7 Vécu de l'extraction	95

5.3 COMMENT AMELIORER LE VECU DE L'EXTRACTION ?	97
5.3.1 Renforcer l'information <i>pre partum</i> ?	97
5.3.2 Prise en charge optimale de la douleur ?	98
5.3.3 Améliorer la communication verbale et non-verbale en salle de naissance ?	99
5.3.4 Entretien en suites de couches : reparler de l'accouchement ?	100
5.3.5 Peut-on réellement faire diminuer les mauvais vécus ?	102
6. CONCLUSION	104
BIBLIOGRAPHIE	106
ANNEXES	111

LISTE DES ABREVIATIONS

APD	Analgésie péridurale
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
ENP	Enquête Nationale Périnatale
ESPT	Etat de stress post-traumatique
EVA	Echelle visuelle analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
HDD	Hémorragie de la délivrance
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
MEOPA	Mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote
NYHA	New York Heart Association
OR	Odds Ratio
PCEA	Patient Controlled Epidural Analgesia
PIEB	Programmed Intermittent Epidural Bolus
RCF	Rythme cardiaque fœtal
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RR	Risque relatif
SA	Semaines d'aménorrhée
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation

1. INTRODUCTION

L'extraction instrumentale (ventouse, forceps, spatules) fait partie des manœuvres obstétricales pratiquées quotidiennement en salle de naissance, dans le but de terminer plus rapidement l'accouchement par les voies naturelles. On y a recours lorsque le fœtus, engagé dans le bassin maternel, présente des signes de mauvaise tolérance, ou encore pour aider les efforts maternels si celle-ci s'épuise à pousser (1). Ces situations s'imposent de façon souvent inopinée, plus ou moins urgente, et les couples n'y sont pas toujours préparés de manière adéquate, bien qu'elles soient fréquentes.

Il est reconnu que l'extraction instrumentale est, au même titre que d'autres situations obstétricales à haut risque (césarienne en urgence, hémorragie de la délivrance, dystocie des épaules, ...), une manœuvre potentiellement traumatique et pourvoyeuse de mauvais vécu (2)(3)(4). Il est toutefois intéressant de noter de grandes disparités dans l'expérience relatée par les femmes vis-à-vis de ce type d'accouchement. Certaines patientes rapportent un point de vue tout à fait positif et sont satisfaites de leur prise en charge. D'autres en revanche vivent très mal cette situation, déçues de n'avoir pas pu faire naître leur enfant elles-mêmes, et plus ou moins marquées, tant sur le plan physique que psychologique.

Dans une démarche très actuelle de qualité et d'évaluation des pratiques, il est intéressant de se pencher sur la satisfaction et le vécu de ces femmes vis-à-vis de leur accouchement. Nous avons souhaité comprendre quels déterminants intervenaient dans le vécu d'un accouchement instrumental. Parler de l'extraction instrumentale, c'est à la fois aborder l'aspect technique de la manœuvre, ses conséquences physiques maternelles et fœtales, mais c'est aussi explorer un vaste champ de dimensions : psychologique, culturelle, sociale, autour de cette naissance particulière, puisqu'elle fait interagir de nombreux protagonistes, des savoir-faire spécifiques, des personnalités et des expériences aussi variées qu'il existe d'individus. Ceci fera donc l'objet de ce travail de thèse.

Dans une première partie, après une approche épidémiologique, historique et technique, nous aborderons les dimensions sociales, culturelles et psychologiques qui accompagnent la mise au monde d'un enfant assistée par extraction instrumentale.

Dans la seconde partie de ce travail, nous proposerons une étude prospective du vécu de l'extraction instrumentale chez des patientes primipares, à terme, sous analgésie péridurale.

2. GENERALITES & PRE-REQUIS

2.1 L'EXTRACTION INSTRUMENTALE

2.1.1 Epidémiologie

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (5), les accouchements instrumentaux représentent 12.1% des accouchements, contre 66.9% d'accouchements voie basse spontanée et 21% de césarienne. Si trois types d'instruments peuvent être utilisés en pratique courante (forceps, spatules, ventouse), on observe une augmentation du recours à la ventouse entre 2003 et 2010 (de 3,3 % à 5,3 %). Selon les auteurs, « cette évolution correspond à une préférence actuelle pour une méthode moins traumatique pour le fœtus et le périnée ». 96,3 % des patientes ayant eu un accouchement instrumental avait une analgésie péridurale.

Le réseau sentinelle Audipog (6) rapportait en 2005 18.5% de césariennes et 10.9% d'interventions voie basse, parmi lesquelles 5% de forceps, 2.4% de spatules et 2.8% de ventouses. Chez les patientes primipares, ce taux montait à 18,4% en population générale, et 20.9% dans le sous-groupe des primipares « à bas risque » (femme entre 18 et 35 ans, sans antécédent médico-chirurgical particulier, grossesse normale, singleton, présentation céphalique).

Une étude réalisée en 2007 par Mangin *et al.* (7) a permis de faire un état des lieux national concernant l'extraction instrumentale, juste avant la publication de nouvelles recommandations par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Sur les 49 centres interrogés (niveaux I, II et III), le taux d'extraction instrumentale était extrêmement variable d'un centre à l'autre, allant de 5,3 à 34,1 % de l'ensemble des accouchements. La plupart des centres utilisait au moins deux instruments. À noter que les taux de césariennes variaient entre 9 et 29,5 % (tous niveaux confondus) avec un taux moyen national pour les CHU de 20,7 %.

L'état des lieux à l'international relevait sensiblement les mêmes chiffres, et surtout le même type de variations d'un centre à l'autre. Aux Etats-Unis en 2007 (8), on rapportait 7 +/- 4% d'extractions instrumentales (de 1 à 23% selon les centres) et 19 +/- 5% de césariennes (9 à 37%).

En 2012, 2859 naissances ont eu lieu au CHU de Rouen, maternité de niveau III. On relevait 267 extractions instrumentales, soit 9.33% rapporté à l'ensemble des naissances, et 12.5% rapporté aux naissances par voie basse, ce qui est légèrement inférieur au taux moyen d'extractions instrumentales en niveau III (16.6%) rapporté par Mangin *et al.* en 2007 (7), et sensiblement identique à celui de l'ENP 2010 (5). Il faut également noter un taux de césarienne à 26.3%.

2.1.2 Historique (9), (10)

Il nous faut brièvement resituer l'arrivée du forceps dans la pratique obstétricale. En connaître l'histoire nous permet de mieux comprendre les représentations effrayantes dont pâtissent encore aujourd'hui les instruments obstétricaux.

Jusque vers la fin du XVII^{ème} siècle, le recours à l'accoucheur est peu fréquent. Lorsqu'il est appelé, c'est bien souvent pour assister une matrone à bout de ressources, et terminer l'accouchement d'une femme affaiblie après plusieurs jours d'un travail laborieux. Les manœuvres employées, du type version podalique ou céphalique, opérées à mains nues et pouvant durer plusieurs heures, s'avèrent parfois inefficaces voire dangereuses, ne réussissant qu'à enclaver davantage l'enfant dans un bassin maternel souvent déformé par le rachitisme. Lorsque l'enfant est mort ou présumé comme tel, le recours aux crochets, tire-tête, cranioclastes et autres basiotribes est fréquent afin de terminer au plus vite le travail et de soulager la malheureuse parturiente.

A la fin du XVII^{ème}-début du XVIII^{ème} siècle apparaissent les premiers forceps (Chamberlen) qui représentent une avancée importante, par la possibilité d'extraire l'enfant vivant. Palfryn, Levret, Smellie, Pajot, Tarnier et d'autres, ... apporteront ensuite leurs modifications (branches parallèles ou croisées, rayon de courbure, apparition du tracteur, ...). D'innombrables instruments obstétricaux fleurissent au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle, chaque obstétricien souhaitant laisser dans l'histoire un modèle à son nom. Certains sont les précurseurs de nos instruments modernes, d'autres sont restés inutilisés car ... inutilisables ! Parmi les alternatives au forceps, Simpson propose au XIX^{ème} siècle une première version de la ventouse obstétricale. En 1950, Thierry préconisera l'utilisation de ses spatules.

Une polémique fait rage durant le XVIII^{ème} siècle, entre les « instrumentalistes » et leurs détracteurs, qui les accusent d'un interventionnisme contre-nature et dangereux pour la mère comme pour l'enfant. L'instrument obstétrical a mauvaise réputation, tant parce que son utilisation est réservée aux situations de détresse de la mère et/ou de l'enfant, qu'en raison des dégâts qu'il peut entraîner lorsque l'utilisation en est mauvaise. Dans l'imaginaire populaire, le forceps est considéré comme un instrument de malheur : on pense qu'il rend la femme stérile, on

rapporte les cas de malheureuses accouchées aux organes écrasés, déchirés par une utilisation maladroite, on est persuadé qu'il tue l'enfant s'il n'est déjà mort.

Heureusement, l'affinement des manœuvres obstétricales et de leurs indications, le développement de la césarienne, l'avènement de l'hygiène, de l'analgésie avec la péridurale, la surveillance maternelle, le monitoring fœtal, les progrès de la réanimation maternelle et néonatale, adouciront ensuite le sort de la parturiente et de son enfant.

A l'heure actuelle, où la femme enceinte fait l'objet de toutes les attentions en matière d'information prénatale, force est de constater que le forceps a pourtant conservé cet héritage peu reluisant : instrument froid, métallique, intrusif et délabrant. Dans l'esprit populaire, le mot « forceps » continue de faire peur. On raconte dans les cercles familiaux ou amicaux, souvent avec un pointe d'effroi, comment unetelle (sœur, cousine, voisine de palier...) a « *subi les fers* », ou comment tel enfant est resté marqué suite à l'intervention de l'obstétricien. Les médias véhiculent eux aussi des images contradictoires sur le sujet: tantôt image de l'obstétricien-sauveur apparu au moment opportun pour sauver la mère et l'enfant, tantôt boucher-barbier-chirurgien aux compétences douteuses qui fait voler en éclat le rêve d'une vie qui commence.

On constate par ailleurs en salle de naissance que cette peur est parfois utilisée à des fins « thérapeutiques »... . Lorsque les efforts expulsifs se montrent insuffisants/ courts/ poussifs, on tente de hâter la fin de l'accouchement : « *Attention Madame ! Si vous ne poussez pas plus fort que ça, il va falloir que j'appelle l'obstétricien* », « *Votre bébé ne va pas bien* », « *Puisque vous ne poussez pas correctement, il va falloir faire un forceps* ».

Non seulement culpabilisantes pour la patiente, ces paroles placent également l'obstétricien dans une position délicate : brandi en épouvantail quelques secondes plus tôt, il va devoir, une fois entré en salle, se positionner afin d'inspirer confiance et sécurité à un couple terrifié. Nul doute que la façon dont la sage-femme a préalablement introduit l'intervention médicale, participe à conditionner la réaction maternelle face à cet évènement. On imagine bien l'affolement de certaines parturientes stressées, lorsqu'elles finissent par voir arriver le médecin pour la mise en œuvre du forceps tant redouté !

Surprenant également comme le seul tintement des cuillères, tout juste sorties de leur panier, a parfois cet effet « ocytocique » salvateur qui débloque l'accouchement avant même l'intervention du médecin : lorsque la tête fœtale, qui restait désespérément partie moyenne

depuis 30 minutes, fait soudain et comme par enchantement un bond de géant pour arriver au grand couronnement ...

Ces exemples, piochés dans le quotidien de la salle de naissance, nous rappellent combien une information claire, adaptée, loyale et objective est importante dans la démystification de l'instrument et de son utilisateur.

2.1.3 Facteurs de risque de l'extraction instrumentale

A l'heure actuelle, les indications d'extractions instrumentales sont bien codifiées, ne laissant logiquement pas de place au hasard ou au bon vouloir de l'accoucheur. Le suivi du travail, s'appuyant sur les données du dossier médical et sur le partogramme, permet de repérer des situations obstétricales particulièrement à risque d'accouchement difficile et d'anticiper le recours à la césarienne ou à l'extraction instrumentale.

Rôle des antécédents

L'âge maternel avancé et la primiparité constituent, selon la littérature (11) (12), des facteurs de risque d'accouchement « non physiologique » (déclenchement, travail long, césarienne, extraction).

De même, une obésité maternelle et une prise de poids excessive (>16kg dans l'étude de Morken (13)) sont plus à risque d'accouchement assisté par extraction, ou de césarienne.

Le diabète maternel préalable à la grossesse ou gestationnel mal équilibré, ainsi que la macrosomie fœtale feront craindre la disproportion foeto-pelvienne, la difficulté de progression du mobile fœtal dans le bassin maternel, et la dystocie des épaules (fréquemment observée, d'ailleurs, au décours immédiat d'une extraction instrumentale).

Politique de gestion du travail

Il est surprenant de constater que nos recommandations nationales en termes de gestion du travail sont parfois en totale contradiction avec les usages d'autres pays. Voyons si cela a une incidence sur le recours à l'extraction instrumentale.

- **Mode de suivi du travail et partogramme**

Deux « écoles » s'opposent globalement dans le mode de suivi du travail.

L'attitude française, « interventionniste », est basée sur un toucher vaginal horaire, reporté sur un partogramme (graphe basé sur les travaux de Friedman (14) concernant la dilatation cervicale chez la parturiente), assorti d'une surveillance en continu du rythme cardiaque fœtal (RCF) par monitoring. Cette méthode permet la détection rapide d'une situation de stagnation (absence de dilatation à deux heures d'intervalle en phase active du travail) et sa correction précoce par des actions thérapeutiques (rupture des membranes, ocytocine). Cette

attitude peut en revanche être accusée d'introduire un certain degré d'iatrogénie par un sur-diagnostic de dystocie (plus de recours à la césarienne et à l'extraction instrumentale).

Selon l'école anglaise, aucune intervention clinique ne doit être proposée à une patiente dont le travail est physiologique et progresse normalement. Les recommandations anglaises déconseillent une prise en charge active du travail (amniotomie et ocytocine précoces) (15). Les touchers vaginaux sont proposés toutes les 4h, et plus fréquemment s'il y a une suspicion de stagnation ou si la patiente le demande. Si une stagnation est suspectée, un toucher vaginal est proposé à la patiente 2h plus tard afin d'en confirmer le diagnostic et mettre en place une thérapeutique si nécessaire.

On constate le fossé qui sépare ces deux types de prise en charge, et il pourrait être attendu des différences flagrantes en terme d'issues maternelles (taux de césariennes et d'extractions instrumentales, hémorragies de la délivrance, ...) et fœtales (APGAR à 5 minutes <7, réanimations néonatales, transferts néonataux).

Pourtant, deux méta-analyses de la Cochrane, sur l'utilisation du toucher vaginal en routine (de façon horaire) (16) et l'effet du partogramme dans la progression du travail (17), n'ont montré aucune différence en termes d'issues maternelles et néonatales entre une politique active et une politique « attentiste » dans la gestion du travail.

Ces résultats ont été corroborés par une autre méta-analyse de la Cochrane (18) portant sur la direction active du travail (amniotomie précoce+ocytocine), qui évoquait une durée plus courte du travail et une réduction modeste du taux global de césariennes (avec un intervalle de confiance comprenant 1), mais ne montrait pas de différence en terme d'issue maternelle et néonatale, entre une gestion active du travail et une attitude expectative.

- Utilisation de l'ocytocine

L'ocytocine est utilisée en routine dans la prise en charge du travail, et à toutes ses phases : déclenchement, direction du travail, délivrance. En cours de travail, elle est particulièrement indiquée dans la réduction précoce des stagnations de la dilatation (recommandations du CNGOF 2008 (1)) avec pour effet potentiel de réduire le nombre d'extractions instrumentales (grade B). Cependant, son utilisation à des doses importantes ou de façon prolongée semble être, sinon un facteur de risque, du moins un indicateur de mauvais pronostic en terme d'issue de l'accouchement (travail long, césarienne, extraction instrumentale, hémorragie de la délivrance ...) (19).

Une méta-analyse de la Cochrane publiée en 2013 (20), portant sur les modalités d'administration de l'ocytocine dans le travail prolongé, a montré que des doses plus élevées d'ocytocine réduisaient la durée du travail et le taux de césariennes, avec une augmentation des accouchements spontanés par voie basse. Il n'a pas été montré de différence significative en termes d'extraction instrumentale, d'hypercinésie utérine, d'hémorragie de la délivrance, d'analgésie péridurale et d'issue néonatale.

En revanche, une seconde étude de la Cochrane (21), sur l'utilisation d'ocytocine versus attitude expectative chez des patientes sous analgésie péridurale, ne montrait plus de différence significative en terme de recours à l'extraction instrumentale ni à la césarienne, ni en terme de survenue d'effets indésirables (hypercinésie utérine, hémorragie de la délivrance, issues néonatales).

Ces conclusions contradictoires peuvent être expliquées par des problèmes méthodologiques (taille de population, biais) et nécessitent par conséquent des travaux complémentaires.

- L'analgésie péridurale

Dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, le recours à l'analgésie péridurale pendant le travail concernait 77.8% des parturientes (5). Le bon contrôle de la douleur obstétricale par cette technique n'est plus à démontrer ; elle est la voie préférentielle d'analgésie obstétricale en France. Ceci est moins vrai à l'international : selon une revue de la Cochrane en 2011 (22), seules 20 à 25% des femmes y ont recours en Angleterre, et 58% aux USA. Des techniques alternatives y sont plus largement employées qu'en France : pharmacologiques (analgésiques opioïdes intraveineux, protoxyde d'azote inhalé), et non pharmacologiques (relaxation, acupuncture, hypnose, immersion...).

L'analgésie péridurale a la réputation d'altérer la mécanique obstétricale, et fait l'objet d'une controverse enracinée dans la littérature médicale. Les anesthésiques locaux (notamment la lidocaïne) sont effectivement susceptibles d'entraîner un bloc moteur délétère pour la suite du travail et la phase d'expulsion. Des études ont évoqué un allongement du temps de travail (notamment deuxième partie de travail (23)), ainsi qu'une augmentation du taux d'extractions instrumentales (Jones 2012 (24), O'Hana 2008 (25) : OR 1.5 [1.4-1.7], Eriksen 2011(26) : OR 1.7 [1.3-2.2]).

La revue de la Cochrane en 2011 (22) a montré l'efficacité de la péridurale dans la réduction de la douleur obstétricale, mais aussi un risque augmenté d'extraction instrumentale chez les femmes y ayant recours (RR 1.42, IC 95% [1.28-1.57], 23 études, 7935 femmes).

On mettait également en évidence un risque de bloc moteur plus élevé, une deuxième partie de travail plus longue de façon modérée, un recours plus important à l'ocytocine et un risque augmenté de césariennes pour suspicion d'acidose fœtale. Aucune différence significative n'était en revanche démontrée en terme d'issue néonatale, ni vis-à-vis du risque de césarienne en général.

En 2013, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a pris position par sa Conférence d'Actualisation (27). Il est recommandé de recourir à un anesthésique local très dilué (bupivacaïne, ropivacaïne ou lévobupivacaïne dilué à 0.10%) associé à un morphinique (sufentanil) afin de réduire le bloc moteur.

De même, la PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*) permet de réduire d'un tiers la dose analgésique reçue par rapport à une perfusion péridurale classique à la seringue électrique. Le couplage au mode PIEB (*Programmed Intermittent Epidural Bolus*): administration à intervalle régulier d'un bolus programmé, permettrait de réduire encore le bloc moteur par rapport au mode perfusion continue + PCEA.

Utilisée de cette façon, la péridurale peut être mise en place dès 2-3cm de dilatation si nécessaire, sans ralentir la vitesse du travail, et semblerait ne plus augmenter le taux d'extractions instrumentales.

Dans la pratique courante, certaines patientes nécessitent davantage d'anesthésiques locaux (en concentration ou en volume); ceci explique probablement pourquoi une prolongation modeste (de 15 minutes en moyenne) du second stade du travail est encore retrouvée dans des méta-analyses récentes, parfois même associée à une augmentation modeste du taux d'extraction instrumentale.

- L'expression abdominale

Cette pratique consiste à exercer une pression de la main sur le fond utérin au cours de la phase d'expulsion, afin de tenter d'en réduire la durée en cas de fatigue maternelle et/ou de bradycardie fœtale. Elle semble avoir été largement employée par le passé, et serait encore d'usage courant dans certaines maternités, en particulier lorsque la présence de l'obstétricien fait défaut (maternités non médicalisées) et que la situation se montre urgente. Elle est cependant

rarement notifiée dans les dossiers médicaux, et sa fréquence réelle reste par conséquent inconnue (Verspyck, 2008 (29)).

Cette manœuvre est très souvent mal vécue par les patientes, qui la jugent particulièrement douloureuse voire traumatisante. Elle peut, d'ailleurs, être responsable de complications qui, si elles sont rares, peuvent être sévères (hématomes de la paroi abdominale maternelle, déchirures périnéales sévères, parfois ruptures utérines et hématomes rétroplacentaires).

La Haute Autorité de Santé a donc statué en 2007 (28) : cette manœuvre n'est « ni enseignée, ni codifiée, ni évaluée ». Ne paraissant pas réduire le recours à l'extraction instrumentale ou à la césarienne, son utilisation peut même retarder la mise en œuvre de ces méthodes validées qui facilitent la naissance dans de bonnes conditions au sein de maternités médicalisées.

L'absence d'indications médicalement validées, le vécu traumatique des patientes et l'existence de complications justifient par conséquent l'abandon de cet usage.

2.1.4 Recommandations

Dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de limiter les complications obstétricales, des recommandations sont émises, qui viennent « jalonner » le travail des équipes en salle de naissance.

Recommandations du CNGOF (1)

Le CNGOF a émis en 2008 ses recommandations pour réduire en cours de travail le nombre d'extractions instrumentales:

- l'emploi systématique du partogramme (grade A),
- la correction précoce d'une stagnation de la dilatation par perfusion d'ocytocine (grade B),
- des doses faibles d'anesthésiques locaux potentialisées par les morphinomimétiques (grade A),
- la rotation manuelle des variétés postérieures (grade C),
- le soutien continu de la parturiente par la sage-femme ou un proche (grade A),
- les efforts expulsifs différés (2h après le diagnostic de dilatation complète ; grade A).

En deuxième partie de travail, les efforts expulsifs différés (2h à dilatation complète chez la nullipare) permettent de réduire le nombre d'extractions difficiles (grade A).

Les indications de recours à l'extraction instrumentale sont :

- L'anomalie du rythme cardiaque fœtal faisant craindre la survenue ou la présence d'une acidose fœtale (grade C),
- L'absence de progression du mobile fœtal après 30 minutes d'efforts expulsifs (avis d'expert),
- La contre-indication maternelle avérée aux manœuvres de Valsalva (avis d'expert) :
 - insuffisance cardiaque classe III ou IV NYHA
 - malformations vasculaires cérébrales non traitées
 - myopathies invalidantes
 - antécédents de décollement de rétine et de pneumopathie

Une fois l'indication d'extraction posée, il est proposé de réunir des conditions médicales et environnementales pour réaliser l'extraction dans des conditions optimales de sécurité pour l'enfant comme pour la mère.

Ces conditions sont:

- la connaissance du dossier par l'obstétricien,
- une présentation céphalique,
- une dilatation complète,
- une présentation engagée,
- un bassin cliniquement examiné,
- une connaissance précise de la variété de présentation de la tête fœtale,
- une analgésie maternelle adéquate,
- des membranes rompues,
- une vessie maternelle vide,
- une intervention médicale expliquée à la patiente et au personnel soignant,
- la possibilité de réaliser une césarienne rapidement en cas d'échec de l'extraction instrumentale,
- la réalisation de l'extraction en présence de la sage-femme et si possible d'une autre personne,
- une asepsie rigoureuse.

Le choix de l'instrument est laissé à l'appréciation de l'opérateur. Il doit être adapté à la situation obstétricale (choix d'une ventouse dans la flexion/rotation d'une variété transverse ou postérieure ; choix d'un forceps pour un défaut d'efforts expulsifs sur épuisement maternel avec anomalies du rythme cardiaque fœtal...). Il sera enfin adapté au cas par cas selon l'expérience de l'opérateur et la maîtrise de l'instrument réalisé.

Il est recommandé d'apporter, si possible avant la réalisation du geste, une information à la patiente afin de la rassurer et d'obtenir sa pleine coopération. Il est rappelé qu'idéalement, cette information devrait être délivrée à la patiente "à froid", en consultation prénatale ou en séance de préparation à l'accouchement.

Il a été constaté qu'aucune étude n'avait évalué l'impact de cette information, sur le pronostic néonatal et maternel. Le CNGOF souligne, dans les complications maternelles à long terme de l'extraction instrumentale, la possibilité de séquelles psychologiques faisant renoncer à une autre grossesse, suite à une extraction instrumentale difficile.

Un ouvrage d'obstétrique français (30) rappelle combien « une extraction instrumentale, même facile, est toujours traumatisante pour la patiente et son conjoint s'il est présent. Il faut expliquer ce que l'on fait en choisissant ses mots et accompagner les efforts maternels. Il faut être discret, éloigner le conjoint, être doux et prendre le temps d'obtenir une bonne analgésie avant de commencer ».

Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Ces recommandations datant de 2005 (31) préconisent d'aborder au cours de la consultation du 7^{ème} mois les modalités d'accouchement (voie basse spontanée, césarienne, extraction instrumentale) et le mode d'anesthésie.

Cette information vis-à-vis du mode d'accouchement fait également partie des thèmes abordés en séance de préparation à la naissance et à la parentalité (32), où les différents types d'instruments obstétricaux et leurs modalités doivent être présentés.

La femme enceinte doit être incitée à « poser des questions et à exprimer ses craintes et ses peurs vis-à-vis de l'accouchement et renforcer son sentiment de confiance en sa capacité à prendre soin de son enfant ».

La consultation postnatale a lieu dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Elle doit permettre d'aborder le vécu de la période périnatale et de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire.

2.1.5 Conséquences de l'extraction instrumentale

Nous aborderons ici les complications physiques maternelles et néonatales, dont la survenue fait le plus souvent le lit du sujet qui nous intéressera ensuite, au cours de la seconde partie, les complications psychologiques.

Complications maternelles (33)

L'extraction instrumentale augmente significativement le risque de déchirure périnéale sévère (3^{ème} et 4^{ème} degré). Les conditions d'application de l'instrument interviennent dans le risque de survenue de ces complications : application partie haute, rotation de plus de 45°, variétés postérieures, macrosomie fœtale.

A moyen et long terme, le risque d'incontinence anale dans l'année suivant un accouchement par voie semble être lié à la pratique d'une extraction instrumentale. L'incontinence urinaire et le prolapsus génital ne semblent pas liés à l'utilisation d'un instrument obstétrical.

L'extraction et la présence de déchirures périnéales sévères majorent les risques de douleurs périnéales, de dyspareunies et de troubles sexuels du post-partum.

Complications néonatales (1)

Les complications liées à la ventouse sont les céphalhématomes, les hématomes sous cutanés diffus du cuir chevelu, les hémorragies rétiniennes. Ces hémorragies sont généralement de bon pronostic, à l'exception de l'hématome sous cutané diffus qui peut engager le pronostic vital de l'enfant.

Concernant l'extraction par forceps, le risque est à la fracture du crâne avec embarrure, plus rare. On constate fréquemment de petites dermabrasions, ou des marques liées à l'apposition des cuillères sur les joues de l'enfant, qui disparaissent dans la grande majorité des cas en quelques heures à quelques jours.

On souligne qu'à côté de ces complications spécifiquement liées à l'extraction, bénignes le plus souvent, d'autres complications plus sévères (dystocie des épaules, anoxie fœtale, lésions du plexus brachial, ...) peuvent survenir suite à une extraction instrumentale, mais elles sont également liées aux conditions ayant mené à l'extraction, et pourront par conséquent survenir lors d'un accouchement normal.

2.2 LE VECU DES FEMMES

2.2.1 Donner naissance, au XXIème siècle

La grossesse et l'accouchement, autrefois périodes à risque de décès pour la mère et/ou l'enfant, sont devenus par les progrès techniques en quelques poignées de décennies un événement de vie, unique, rare et précieux. Dans un objectif de réduction de la morbi-mortalité périnatale, le cadre sécuritaire et médicalisé est devenu la norme. L'obligation de moyens est devenue une obligation de résultats. Par les avancées de la technique, la femme peut enfin maîtriser son destin de devenir mère.

Grâce à la contraception, aux tests d'ovulation, à la procréation médicalement assistée, on *choisit* désormais le moment adéquat à l'arrivée d'un bébé.

L'échographie offre des images de l'enfant *avant sa naissance*, et par sa précision tous les jours accrue, permettra demain un screening fœtal complet.

La médecine fœtale peut dépister, explorer, soigner les maladies d'un fœtus *à l'intérieur* du ventre de sa mère.

On *empêche* l'accouchement (menace d'accouchement prématuré), on *provoque* l'accouchement (pathologie/terme/convenance).

Grâce à la péridurale, on accouche « *sans* douleur ».

Le monitoring fœtal en continu permet d'apprécier *en temps réel* le bien-être fœtal.

L'accouchement peut être réalisé *en un temps record* par césarienne.

La réanimation néonatale sauve des enfants à des termes *ultra-précoces*.

En un mot, dans notre société, ultra-rapide et ultra-exigeante, la loi de la consommation contrôle tout, y compris le petit monde de l'obstétrique.

On oublie fréquemment que l'accouchement recèle toujours, même à l'heure actuelle, sa part d'ombre (procidence, dystocie, bradycardie, anoxie, hémorragie, ... et bien d'autres mots en *-ie* qui ponctuent parfois tristement le quotidien de l'obstétricien).

L'obstétrique semble aujourd'hui fonctionner autour d'un paradoxe : à la fois une demande pressante de garantir une sécurité maximale (formation et pratique des professionnels dans le respect absolu des recommandations, prévention systématique des risques, information

permanente et détaillée aux patientes, pression médico-légale, ...), et en même temps une recherche grandissante de dé-médicalisation de l'accouchement de la part de nos patientes (maisons de naissance, accouchements à domicile).

Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer en salle de naissance des projets de naissance « nature » ou « à l'ancienne » (« comme nos grands-mères » : est-ce vraiment souhaitable ?) : sans perfusion, sans monitoring en continu, sans médication, sans péridurale, sans lumière, sans bruit, sans épisiotomie, sans césarienne, sans extraction instrumentale, sans clampage du cordon, sans soin au nouveau-né, ... En même temps que l'on voyait reculer la morbidité et la mortalité périnatale, l'espoir des femmes s'est construit autour d'une naissance idéale, physiologique, sans douleur, intime, respectant la relation mère-enfant. Un cadre parfait pour une première rencontre.

Qu'en est-il lorsque l'accouchement sort du cadre du projet intimement formulé?

Quand l'accouchement n'est pas physiologique et que l'extraction s'impose?

Nous avons trouvé intéressant de nous pencher sur le vécu de ces femmes. Les plus déçues ne sont-elles pas celles dont l'expérience vécue diffère le plus du projet initialement imaginé ?

2.2.2 Témoignages

Lorsque l'on parle d'étudier le vécu des patientes de leur accouchement par extraction instrumentale, il n'est bien sûr pas question de s'interdire cette pratique au prétexte qu'il existe des mauvais vécus, mais bien de réaliser que nos actes thérapeutiques peuvent avoir des conséquences psychologiques, physiques, familiales ...

Pour bien comprendre de quoi on parle, une simple recherche internet sur un moteur de recherche type Google, avec les mots clés « forum- maman- forceps », nous a apporté des témoignages divers, dont certains sont frappants par leur violence.

1. « *Le médecin alors que bébé n'est pas descendu me laissera 30 minutes pour pousser mais à bout de force et prise d'une grosse température, je subis une épisio + forceps pendant que les deux sages-femmes appuieront comme des malades sur mon ventre pour faire sortir p'tit père. Les forceps vous voulez l'effet, on a l'impression qu'on nous arrache tout de l'intérieur le doc tire de toute ses forces, peur que la tête de mon bébé s'arrache à son corps, et toi tu n'as qu'une chose à faire pousser, ... Mon mari n'a pas tourné de l'œil mais il souffrait pour moi, il en a même pleuré Et surtout j'ai pas l'impression d'avoir accouché, on m'a arraché mon enfant, l'enfant que je portais, ce si beau bébé ... »*

*

2. « *Un peu de positif....mon bébé est né un peu aidé par les forceps car il s'était enroulé le cordon autour de l'épaule et son rythme cardiaque commençait à être inquiétant. Je n'ai pas eu d'épisio juste une déchirure minime, mon bébé un tout petit "cocard" à peine visible, tout s'est très bien passé. Voilà pour moi les forceps et pas de séquelle ni pour moi ni pour bébé, ça dépend comment c'est fait et peut être de l'urgence du moment ? »*

*

3. « *Et pour les forceps, mon bébé n'était pas dans l'axe, alors obligé de les prendre. En fait ils les ont montés devant nous (c'est en kit) et là on a l'impression que tous les tripes, la vessie, le vagin sont complètement étirés (heureusement que la péri faisait effet). Mon bébé a eu une marque à côté de l'œil pendant quelques jours et sa paupière tombait un peu. Aujourd'hui ça a l'air d'être revenu comme l'autre œil mais je fais toujours attention. Mais je m'en suis voulue pour les forceps... »*

*

4. « *L'expulsion se passait plutôt bien lorsque mon petit bout a eu un ralentissement cardiaque conséquent. Le doc m'a dit "je vais l'aider un peu avec les cuillères", bien il a pratiqué l'épisio, et pour le sortir de toute urgence, il a appuyé son pied contre la table et a tiré de toute ses forces (c'est à dire qu'une femme n'aurait pas eu suffisamment de forces pour faire ça). Là évidemment on a l'impression qu'on nous arrache ou aspire l'intérieur du ventre, mais bon on est dans l'action. Ceci dit je m'en tire bien car il a été reconnu que c'était un accouchement difficile même "très sportif" et que l'on avait tous eu chaud, mais là où je m'insurge c'est que dans les cours de prépa à l'accouchement, on évoque seulement le mot forceps sans en indiquer les conséquences sur la maman et le bébé, moi j'aurais préféré être prévenue »*

*

5. « *J'ai le droit (façon de parler) aux forceps, car petit bout était trop à gauche et avait par moment des petits ralentissements cardiaques. Le papa était là et avait peur que le gynéco lui arrache la tête. Moi j'étais dans les vapes. C'est seulement plus tard que j'ai pris conscience que l'on me l'avait arraché »*

*

6. « *J'étais à dilatation complète depuis 5 heures quand on m'a dit de pousser sans rien m'expliquer, j'ai vu le gynéco débarquer avec les forceps, on ne m'a jamais prévenu de quoi que ce soit. Il a tiré de toutes ses forces ... moi je hurlais de douleurs, je me suis redressée, ils ont paniqué. Ils s'y sont pris à plusieurs fois avant de sortir ma fille. Moi, j'ai sentí tous mes os craquer!!! Une fois qu'on a posé ma fille sur moi, mon mari m'a regardé et m'a dit : plus jamais!!!! »*

*

7. « *L'image que je retiendrai de l'accouchement, c'est au moment, où l'obstétricien m'a enfoncé les spatules... Je le revois en boucle... »*

On notera bien sûr que presque tous ces témoignages sont particulièrement négatifs. Les couples pour lesquels l'extraction (et l'accouchement de façon générale) n'a pas posé de problème, n'éprouveront bien sûr pas le besoin d'en reparler plusieurs semaines, mois, voire années après. Ces forums de mamans sont d'une certaine façon une loupe grossissante, puisque ne témoignent ici que les femmes dont le vécu était si mauvais que l'accouchement n'a pu être « digéré ».

On imagine d'ailleurs l'effet que ce genre de témoignage peut produire chez une jeune primigeste curieuse, qui souhaiterait glaner quelques informations sur les modalités d'accouchement avant le jour J... Il y a de quoi réclamer une césarienne avant travail !

On relève dans presque tous ces témoignages des signes frappants d'état de stress post-traumatique : évènement marqué par la peur, l'horreur ou le sentiment d'impuissance, vécu comme une effraction à l'intégrité du corps maternel, interprétation, syndrome de répétition avec reviviscences, non résolution pathologique (ces lignes ayant probablement été écrites dans les semaines/mois voire années suivant l'accouchement). Certaines formulations ou certains thèmes reviennent souvent : impression d'arrachement des organes maternels (n°1, 3, 4, 6), peur de voir la tête du bébé arrachée (n°1, 5), tirer « de toutes ses forces » (n°1, 4, 6), accouchement « subi » sans explications (n°1, 5, 6), marque du forceps sur le visage de l'enfant (n°2, 3).

Par ailleurs, nous notons que les patientes décrivent des situations obstétricales à haut risque, qui ne devraient plus se voir : 5 heures de dilatation complète, pied de l'obstétricien en appui sur la table, expression abdominale (ou s'agissait-il d'une difficulté aux épaules avec manœuvre de Mc Roberts ?). Il est bien sûr difficile de faire la part entre les gestes effectivement réalisés et l'interprétation que le couple a pu en faire. Ceci nous laisse penser qu'un *debriefing* tient une place importante dans la gestion des situations obstétricales difficiles.

On notera que le témoignage n°4 recèle, à ce titre, un élément intéressant : « *Ceci dit je m'en tire bien car il a été reconnu que c'était un accouchement difficile même "très sportif" et que l'on avait tous eu chaud* ». Une note positive vient ponctuer ce paragraphe très imagé et négatif : « je m'en tire bien CAR IL A ETE RECONNU que c'était un accouchement difficile ». Comme si la reconnaissance de l'accouchement difficile par l'équipe venait adoucir l'expérience détestable que cette femme vient de nous décrire.

2.2.3 Influence de facteurs *pre, per et post partum* sur le vécu de l'accouchement

Fort heureusement, toutes les patientes ayant eu un accouchement instrumental n'en gardent pas systématiquement un souvenir pénible. Il est intéressant de constater en pratique qu'une extraction jugée des plus minimales par l'obstétricien peut être ressentie de manière traumatisante pour le couple, et qu'inversement une situation obstétricale à haut risque pourra laisser à la jeune mère le souvenir très positif et satisfaisant d'avoir été bien prise en charge.

De nombreuses études se sont intéressées au vécu de l'accouchement en général, et notent que l'extraction instrumentale est un facteur de risque de mauvais vécu, au même titre que la césarienne. Nous supposons que, bien plus que l'extraction en elle-même, de multiples facteurs vont venir s'entrecroiser pour faire le lit d'un vécu pathologique.

- **Critères intrinsèques (propres à la patiente) :**
 - l'histoire de la patiente, sa personnalité et ses ressources
 - son environnement socio-culturel et son niveau d'éducation (accès à l'information)
 - ses connaissances préalables sur les modalités d'accouchement

- **Facteurs liés à l'accouchement en lui-même :**
 - le mode d'entrée en travail. Les mauvais vécus sont plus fréquemment associés à un déclenchement du travail, notamment par prostaglandines, où les contractions sont volontiers décrites particulièrement intenses, et ce de façon brutale.
 - le travail long, de façon générale (dystocie de démarrage, déclenchement sur col très défavorable ...). On constate d'ailleurs qu'une phase de latence très longue, peu accessible à la péridurale, est souvent mal vécue par les patientes, tandis que d'un point de vue obstétrical, c'est plutôt la longueur de la phase active qui sera l'indicateur d'un accouchement difficile.
 - le facteur douleur (douleurs des contractions, douleurs liées au geste obstétrical) (2)
Ressentie par chacune de façon différente, elle peut altérer le vécu de l'accouchement. Les patientes présentant une dystocie de démarrage, un retard à la mise en place de l'analgésie péridurale, ou un effet insuffisant de cette dernière, expriment plus fréquemment un vécu négatif.

- la fatigue physique ou psychique, en particulier en cas de travail long, pouvant être à l'origine de difficultés au moment de pousser, avec un sentiment d'échec « je n'ai pas réussi à pousser mon enfant moi-même » ou de culpabilité « son cœur ralentissait et je n'arrivais pas à le faire sortir »
 - la notion de prise en charge en urgence (césarienne ou extraction pour anomalie sévère du rythme cardiaque fœtal, décision médicale rapide avec défaut d'information aux parents)
 - les complications obstétricales telles que dystocie des épaules, déchirure périnéales sévères de type 3 ou 4, hémorragie de la délivrance
 - la séparation mère/enfant précoce (transfert en néonatalogie/ réanimation) (2) et les complications néonatales (paralysie du plexus brachial, paralysie faciale, céphalématome, fracture du crâne, embarrure, fracture de clavicule...)
- **Facteurs extrinsèques, ou dépendants de l'environnement :**
 - Sentiment de soutien par l'accompagnant (conjoint en particulier). Le manque de soutien social est un facteur de risque identifié de vécu négatif de l'accouchement. Les femmes seules ont tendance à présenter un vécu plus péjoratif, ce qui se comprend aisément.
 - Relation à l'équipe (sage-femme, obstétricien, auxiliaires...). Sentiment d'être soutenue, écoutée, comprise, aidée par l'équipe médicale/paramédicale en salle de naissance.
 - Communication et information en temps réel de l'évolution du travail, information sur les techniques et thérapeutiques mises en place, information sur les risques (toujours délicat à appréhender en cours de travail).
 - Mode de communication verbale. Elle doit reposer sur un choix précis de mots, simples, clairs, adaptés au niveau de compréhension du couple. Le recours au jargon médical, notamment dans des situations urgentes, est souvent un raccourci tentant, mais qui risque d'inquiéter d'avantage et inutilement la patiente. On n'intègre bien que ce que l'on comprend bien.
 - Comportement, attitude physique de l'équipe. Importance de la communication non-verbale dans l'accompagnement : regards, gestes, postures peuvent être des indicateurs de stress de la part de l'équipe et seront rapidement décodés comme tels par une patiente inquiète.

- Environnement visuel et sonore en salle de naissance (nombre de personnes présentes, entrées/sorties intempestives, bruit/ agitation, parfois désaccord ouvert de l'équipe en présence de la patiente...)
- **Facteurs mixtes** :
 - Perte de contrôle sur ses propres réactions (2) face à la douleur ou à la fatigue (agitation, cris, pleurs, grossièretés)
 - Perte de contrôle sur les décisions concernant son propre corps ou son enfant (34), (35) : impression de geste technique imposé par le corps médical, défaut d'information ou de consentement
 - Confrontation entre l'idéal envisagé et la réalité imposée (35). Il est licite, pour une future mère, d'envisager pour son enfant une naissance heureuse et sans complication. La télévision et internet participent également à forger une image idéale de la grossesse et de l'accouchement, que l'information médicale (en préparation à la naissance, en consultation) semble avoir bien des difficultés à présenter ensuite sous leur vrai jour. Malheureusement, l'obstétrique reste un domaine où les attentes des patientes et l'urgence des situations s'opposent parfois brutalement. Il peut en résulter des difficultés à intégrer sereinement ces événements, qui ne correspondent parfois en rien au projet que le couple imaginait au départ (exemple de la patiente primipare souhaitant un accouchement « nature », basé sur un projet de naissance très défini « sans... sans... sans... » et qui présente finalement une dystocie de démarrage avec une pose de péridurale à deux doigts juste, une direction précoce du travail, un travail long sous ocytocine à haute dose, conclu par un forceps pour défaut de progression et épuisement maternel après 35 minutes d'efforts expulsifs, avec épisiotomie, et plus ou moins suivi d'une hémorragie de la délivrance et des manœuvres qui l'accompagnent nécessairement...).
 - Un état particulier lié à la grossesse : la transparence psychique. Cet état, décrit par Bydlowski (36), survient au moment spécifique de la grossesse, période de conflictualité exagérée et de crise maturative, et semble s'exacerber au fur et à mesure pour atteindre son apogée à proximité du terme. C'est une période d'irruption intempestive du passé, de réminiscences anciennes et de fantasmes habituellement

barrés par la censure (poids d'un deuil, abandon, inceste, conflits familiaux, présence d'une mère envahissante, ...), qui peuvent s'exprimer sous forme de symptômes psychiques parfois invalidants (angoisse, tristesse voire dépression, compulsions, cauchemars, ...). La préoccupation de la future mère semble parfois plus centrée sur la résolution des conflits qui l'animent que sur l'enfant porté, imaginaire, initialement invisible puis figuré par l'arrondissement du ventre, et qui finira par devenir réalité au moment de l'accouchement. Chargée de ces émotions, la perception d'évènements apparemment anodins à un observateur extérieur, peut être complètement déformée, et générer des réactions particulières (agressivité, mutisme, froideur, angoisse, ...). Bydlowski résume cet état en une phrase : « Bébé d'autrefois portant un enfant à naître et se souvenant dans son corps de ses propres émotions précoces ».

2.2.4 Evaluation de la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur accouchement

Une excellente méthode d'évaluation de cette satisfaction au quotidien repose sur l'entretien en suites de couches, spontané, empathique, plus ou moins explicatif lorsque c'est possible, et que de nombreuses femmes se montrent toutes disposées à partager. Cette technique apporte le double avantage d'obtenir un « retour » sur le travail accompli par les équipes en salle de naissance, et de permettre aux patientes d'en tirer profit par une meilleure compréhension de leur accouchement.

De façon plus formelle, et afin d'identifier les situations à risque, plusieurs études internationales (USA, Suède, Allemagne, ...) se sont intéressées à l'évaluation de la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur accouchement (2), (3), (35), (37). Ces travaux s'appuient sur des échelles psychométriques, créées dans le but d'évaluer de façon reproductible le vécu des patientes à grande échelle. La difficulté de cette évaluation et de son analyse « statistique » repose sur l'individualité et la subjectivité des jugements, ainsi que sur la très grande hétérogénéité des méthodologies.

En effet, le concept de satisfaction en santé semble naître de la bonne concordance entre les attentes du patient, avec ce que l'environnement médical lui délivre. On reconnaît par conséquent deux facettes à la satisfaction : d'une part une réponse affective ou émotionnelle (individuelle, subjective), et d'autre part une évaluation cognitive (38). On perçoit ici toute la difficulté de traduire en données chiffrées, mesurables (échelles psychométriques) le phénomène linéaire du discours et de la pensée, dont la meilleure façon d'obtenir l'authenticité semble intuitivement être l'entretien.

Deux revues de la littérature (38)(39) se sont intéressées aux méthodologies de ces études afin d'en apprécier la validité. Nous citerons quelques exemples de questionnaires pouvant être employés en pratique courante dans l'évaluation de la satisfaction en post-partum immédiat et à distance de l'accouchement:

- Le *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (35) est un auto-questionnaire composé de 34 items et 6 sous-parties. Il permet d'apprécier : la satisfaction personnelle de la patiente, la satisfaction vis-à-vis du conjoint, du bébé, le contact

avec la sage-femme, le médecin, et l'évaluation du travail et de l'accouchement. Les réponses se basent sur une échelle de Likert à 5 points.

- Le *Labour Agency Scale* est composé de 29 items permettant l'évaluation du sentiment de contrôle durant l'accouchement ; les patientes indiquent leur degré d'accord ou de désaccord à chaque item par une échelle de Likert à 7 points.
- Le *Labour And Delivery Satisfaction Index (LADSI)*(40), questionnaire de 38 items, permettant l'évaluation des dimensions techniques et humaines du soin durant le travail. Il permettrait l'évaluation de la satisfaction pour différents modes d'accouchement.
- Le *Patient Perception Score* (41) est un bref questionnaire de trois items portant sur la communication (sentiment d'avoir été bien informée), le sentiment de sécurité et d'avoir été traitée avec respect au cours du travail. Ce questionnaire présente l'avantage d'être simple et rapide d'utilisation.

2.2.5 Conséquences de l'accouchement instrumental sur le bien-être des femmes

Conséquences psychologiques

Le *post partum* est une période de profonds remaniements psychiques, émotionnels, familiaux, qui peut ainsi être l'occasion de symptômes physiques et psychiques intenses et invalidants. Un accouchement difficile ou mal vécu peut précipiter la survenue de tels symptômes, aussi il conviendra d'être vigilant en termes de communication, notamment après un accouchement instrumental.

Certaines études (42) (43) ont montré qu'après un accouchement instrumental, les jeunes mères sont plus enclines à manifester des symptômes physiques (fatigue voire épuisement, malaises, douleurs périnéales, douleurs dorso-lombaires, troubles digestifs, difficultés d'allaitement ...) et psychiques (anxiété, irritabilité, difficultés de concentration, problèmes de sommeil non attribuables au nouveau-né ...), survenant dans les premiers jours du *post partum*, et le plus souvent régressifs au cours des trois premiers mois.

Le classique blues du post-partum, ou syndrome du troisième jour, est quant à lui du champ « de la normalité » par sa très grande fréquence (près de 50% des accouchées). Développé du 2^{ème} au 10^{ème} jour, avec un paroxysme au 3^{ème} – 5^{ème} jour, il constitue selon Bydlowski (36) « ce moment émotionnel incompréhensible, sans gravité, fait de larmes, de tristesse subite et transitoire, survenant dans les jours même où on devrait célébrer un événement heureux [...] il scande la fin du processus de la grossesse ». Ce phénomène ne semble donc pas être corrélé à la difficulté réelle de l'accouchement (et donc au recours à une extraction instrumentale par exemple) mais plutôt à un bouleversement psychique et hormonal général.

La survenue d'une dépression postnatale ne semble pas directement influencée par le mode d'accouchement (voie basse spontanée, césarienne ou extraction instrumentale). Une étude anglaise (44), se basant sur l'utilisation du questionnaire Edinburgh Postnatal Depression Scale, ne montrait pas de différence significative entre voie basse spontanée, césarienne et extraction instrumentale. Ces résultats doivent cependant être tempérés : le caractère urgent que revêt parfois l'intervention obstétricale (ex : bradycardie, procidence du cordon, hémorragie de la délivrance ...) constitue un facteur de risque évident dans la genèse d'une dépression post-natale.

Ainsi, de la même façon que la césarienne en urgence, l'extraction instrumentale en urgence (anomalie du rythme cardiaque fœtal) n'est pas forcément la cause directe du syndrome dépressif, mais la situation qui a mené à son utilisation le sera.

On recherchera un éventuel état de stress post-traumatique (ESPT), relativement fréquent chez la primipare. Si un tiers d'entre elles semblent considérer leur accouchement comme une expérience traumatique, 12.7% développeraient effectivement des symptômes de d'ESPT (45). Cet état pathologique survient face à un événement traumatique dans lequel :

- Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

L'événement traumatique est ensuite constamment revécu (syndrome de répétition). Dans le champ de l'obstétrique et de la périnatalité, les symptômes principalement retrouvés sont des souvenirs répétitifs et envahissants, des rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, des éléments dissociatifs (flash-backs).

On peut également observer un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale : efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme (évitement de l'entretien en suites de couches, mutisme ou « fausse jovialité »), efforts pour éviter les activités, les endroits, ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme (absentéisme à la consultation du post-partum), incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme (amnésie de tout ou partie de l'accouchement).

Au maximum, les patientes peuvent décrire des difficultés à s'occuper de leur enfant : réduction nette de l'intérêt, sentiment de détachement ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres).

Les facteurs prédictifs d'ESPT en *post partum* chez la primipare (45) semblent plutôt être les facteurs pré-morbides (antécédents anxieux, psychiatriques, troubles de la personnalité, contexte social difficile, antécédent d'avortements ou d'infertilité, ...), les facteurs néonataux (prématurité, morbidité/mortalité néonatale, séparation mère-enfant), et le vécu subjectif de l'accouchement (confrontation accouchement réel/accouchement imaginé, douleur ressentie, soutien social, ...). Concernant l'extraction instrumentale, on voit donc qu'elle peut intervenir de façon indirecte dans la survenue d'un ESPT.

Impact de l'extraction instrumentale sur la sexualité

Une étude de cohorte australienne (43) nous rapporte une prévalence plus importante des douleurs périnéales et troubles sexuels à 6 mois du *post partum*, en cas d'extraction instrumentale (28%), que pour un accouchement voie basse (18%) ou une césarienne (19%), (après ajustement sur la parité, les déchirures périnéales et la durée de travail).

Associée à des déchirures périnéales plus fréquentes du 3^{ème} et 4^{ème} degré, l'extraction instrumentale est régulièrement pourvoyeuse de dyspareunies et responsable d'une reprise plus tardive des rapports sexuels (33).

Avenir obstétrical

Une étude anglaise (46) s'est intéressée à la survenue d'une deuxième grossesse en fonction du mode d'accouchement à la première grossesse. 50% des patientes avaient eu une deuxième grossesse, trois ans après leur premier accouchement. Elles déclaraient dans 87% des cas préférer un accouchement par voie basse plutôt qu'une césarienne programmée, y compris lorsqu'elles avaient eu un premier accouchement instrumental.

Trente-deux pourcent des femmes avaient en revanche décidé de renoncer à une deuxième grossesse, fréquemment par peur de l'accouchement (52% de ces patientes avaient eu un accouchement par ventouse ou forceps).

Ainsi, il semble qu'une extraction instrumentale puisse être à l'origine de séquelles psychologiques pouvant faire renoncer à une autre grossesse (33).

3. MATERIELS ET METHODES

3.1 OBJECTIFS

L'objectif principal est d'évaluer, au sein de notre population de patientes, le vécu de l'extraction instrumentale. Nous analyserons en particulier les dossiers de "mauvais vécus", afin d'évaluer nos pratiques professionnelles et d'adapter la prise en charge individuelle.

Emettant l'hypothèse que le vécu de l'extraction instrumentale s'organise en fonction de critères multiples (propres à la patiente, à la difficulté de l'accouchement et à l'intervention médicale, tant sur le plan technique que relationnel), nous avons cherché à mettre en évidence des facteurs de risque *ante partum, per et post partum* pouvant influencer ce vécu.

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur :

- un questionnaire destiné aux patientes
- une lecture du dossier médical avec relevé de facteurs pronostiques d'accouchement difficile/de complications obstétricales et/ou néonatales
- un mini-questionnaire destiné à l'obstétricien, pour chaque extraction incluse, afin d'établir s'il a jugé cette situation obstétricale difficile.

3.2 L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective unicentrique, descriptive et analytique, réalisée au sein de la maternité niveau III du CHU de Rouen.

Afin d'anticiper la durée d'inclusion, nous nous sommes basés sur l'activité du service en 2012: nous avons relevé 267 extractions instrumentales. La maternité recensait 2834 naissances vivantes, et 698 naissances par césarienne. On relevait donc 12.5% d'extractions instrumentales parmi les naissances voie basse. On notait 231 extractions sur l'année 2012 répondant aux critères d'inclusion détaillés ci-après. Nous avons choisi d'inclure 100 patientes afin d'obtenir un échantillon suffisant dans le cadre de notre analyse qualitative, soit une durée prévisible d'inclusion d'environ 6 mois.

3.2.1 Population

Critères d'inclusion

Nous avons inclus des patientes :

- Primipares : afin de s'affranchir d'un vécu antérieur d'accouchement et pouvoir mieux apprécier une discordance éventuelle entre l'accouchement imaginé et l'accouchement réel
- Accouchant par voie basse
- Avec une extraction instrumentale: forceps, ventouse ou spatules
- Au terme supérieur ou égal à 37SA : on supprime ainsi le sur-risque de complication néonatale ou de stress parental que pourrait entraîner une prématurité, même modérée
- Singletons
- Sous analgésie péridurale (APD) : le vécu d'un accouchement (et à plus forte raison d'une extraction instrumentale) sans péridurale nous paraissait difficilement comparable à celui de patientes sous APD, du fait d'une douleur plus importante occasionnant possiblement plus d'agitation et de stress maternel
- Enfants nés vivants
- Avec ou sans dystocie des épaules
- Avec ou sans hémorragie de la délivrance

Critères de non-inclusion:

- Multiparité
- Accouchement par césarienne (en particulier en cas d'échec de forceps)
- Absence d'analgésie péridurale
- Terme inférieur strictement à 37SA
- Grossesses multiples
- Grossesses ayant fait l'objet d'un diagnostic anténatal de malformation ou pathologie sévère, imposant une prise en charge néonatale précoce et/ou urgente (médicale ou chirurgicale)
- Patientes ne parlant pas français, ou avec un faible niveau de compréhension
- Enfant mort-né ou décès néonatal de l'enfant
- Antécédent d'interruption médicale de grossesse ou de mort fœtale in utero

3.2.2 Questionnaires aux patientes

Calibrage du questionnaire

Il existe des questionnaires déjà calibrés et validés pour l'évaluation de la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'accouchement, mais les questions posées nous ont paru insuffisamment appropriées au cas particulier de l'extraction instrumentale. Nous avons donc choisi d'élaborer un questionnaire destiné à nos patientes nouvellement accouchées. L'élaboration de ce questionnaire a été réalisée en collaboration avec les psychologues, spécialisées en périnatalité, officiant au sein de notre maternité.

Une phase de pré-test, prospective, a été réalisée durant 1 mois auprès d'un échantillon de patientes représentatif de notre population cible. Le déroulement de ce pré-test s'est effectué dans les mêmes conditions que le test. L'adhésion des patientes à ce pré-test a été excellente (100% de patientes incluses parmi les patientes approchées). La différence principale avec la phase de test a été une question supplémentaire : « *Trouvez-vous que cette étude soit utile/pertinente ?* » : 100% de réponses positives. Cette phase nous a permis d'affiner notre questionnaire en supprimant des questions finalement inutiles ou en reformulant certaines questions/réponses, afin que le rendu nous permette de retracer au mieux le vécu de l'accouchement.

Contenu du questionnaire

Ce questionnaire (disponible en annexe 1) comporte 35 items avec au total 49 questions et sous-questions, dont 44 questions fermées (oui/ non ou choix multiples) et 5 questions ouvertes.

Ce questionnaire est découpé en 7 parties:

- "*Pendant la grossesse*" concerne une éventuelle préparation à la naissance, les connaissances préalables des patientes sur le forceps ou la ventouse et leurs appréhensions
- "*Pendant le travail*" s'intéresse aux conditions du travail notamment l'accompagnement en salle de naissance, la douleur, la sensation de travail long et la fatigue maternelle
- "*Juste avant l'accouchement*" reprend l'annonce de l'instrument par l'obstétricien et ce que les patientes en ont retenu
- "*Pendant l'accouchement*" s'intéresse au moment de l'extraction : ambiance dans la salle, attitude de l'obstétricien, douleur ressentie, sentiments éprouvés
- "*Juste après l'accouchement*": premier contact avec l'enfant, séparation mère/enfant ou réanimation
- "*Pendant votre séjour en maternité*" cherche à déterminer si les patientes ont revus les intervenants présents à l'accouchement, si elles ont pu s'entretenir avec un ou des membres de l'équipe médicale à ce propos, et si cet entretien s'est avéré satisfaisant
- "*Au total*" reprend l'ensemble du vécu de l'accouchement. En particulier, la question 32 (« *Quel est votre vécu de l'extraction instrumentale ?* ») est la plus importante puisqu'elle permet de grader le vécu de l'extraction de "*très positif*" à "*très négatif*" et de classer les patientes en 2 groupes pour l'analyse statistique (groupe 1= vécu très positif ou plutôt positif, groupe 2= vécu plutôt négatif ou très négatif). Une distinction a été marquée entre le vécu de l'extraction et la satisfaction de l'accouchement en général, qui est également gradée de "*très satisfaisant*" à "*pas du tout satisfaisant*" (question n°33).

Cet agencement du questionnaire permet une bonne lisibilité et une organisation chronologique qui structure la réflexion.

Approche des patientes

Toutes les patientes incluses ont rencontré un seul et même investigateur, selon une démarche identique : l'investigateur se présentait individuellement en suite de couches, proposait le questionnaire en précisant son but. Les patientes étaient libres de participer ou non. Les inclusions étaient réalisées de manière anonyme grâce au numéro d'accouchement, codant pour le numéro d'inclusion.

Le questionnaire était proposé aux patientes en suite de couches entre J2 et J4. Elles le remplissaient seules, puis le questionnaire était récupéré plus tard dans la journée ou le lendemain. Si la patiente avait eu des difficultés à répondre à certaines questions, l'investigateur proposait un court entretien afin de compléter avec elle les questions manquantes.

Lorsque les patientes ont refusé le questionnaire, un bref entretien tentait d'en déterminer les raisons. Le dossier médical et le questionnaire obstétricien étaient étudiés, et les données recueillies de la même façon que pour les autres patientes, afin d'y rechercher de facteurs de risque de mauvais vécu.

3.2.3 Etude du dossier médical

L'étude du dossier reposait sur un listing prédéfini d'items (disponible en annexe 2), basé sur l'analyse de facteurs de risque relevés dans la littérature.

Nous avons recherché d'une part des données en faveur d'un risque d'accouchement difficile, ou de complications obstétricales à l'accouchement :

- obésité maternelle/ prise de poids importante pendant la grossesse
- diabète préalable à la grossesse ou diabète gestationnel mal équilibré
- macrosomie fœtale
- dystocie de démarrage/déclenchement
- travail long (durée supérieure à 9 heures en salle de naissance)
- direction du travail laborieuse, ocytocine utilisée à doses importantes/ de façon prolongée
- variété d'engagement postérieure

D'autre part, nous avons recherché des données pouvant interférer avec le vécu de l'accouchement :

- âge
- niveau d'éducation
- statut marital (femmes seules, isolement social)
- antécédents psychologiques/psychiatriques (troubles anxieux, dépression, ...)
- antécédents gynécologiques du type infertilité, fausse-couches à répétition, endométriose sévère/douleurs chroniques
- grossesse pathologique avec hospitalisation(s)
- douleurs importantes et/ou prolongées en pré-travail/début de travail
- efficacité de l'analgésie péridurale
- durée du travail, durée à dilatation complète
- fatigue maternelle
- durée des efforts expulsifs
- motif d'extraction : en urgence (anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal-RCF) ou défaut de progression
- type d'instrument, échec d'instrument, pose difficile, changement de main (échec de la pose par l'interne d'obstétrique, pose de l'instrument par le senior)
- dystocie des épaules
- déchirure périnéale du 3^e et 4^e degré
- hémorragie de la délivrance
- réanimation de l'enfant en salle de naissance,
- séparation mère/enfant (transfert en néonatalogie)
- lésions traumatiques du nourrisson liées à l'extraction

3.2.4 Questionnaire à l'obstétricien

Les intervenants en salle de naissance dans notre service sont des internes en gynécologie-obstétrique et les seniors qui les supervisent. Selon leur semestre, les internes acquièrent plus ou moins d'autonomie mais travaillent toujours sous la responsabilité de leur senior de garde. Les extractions instrumentales peuvent donc être réalisées par un interne ou un senior selon le niveau de difficulté estimé de la situation obstétricale. Les instruments utilisés

sont principalement le forceps de Tarnier et la ventouse Kiwi®, et plus rarement le forceps de Suzor ou les spatules.

Le questionnaire-obstétricien (annexe 3) avait pour but d'évaluer d'éventuelles difficultés éprouvées par l'obstétricien ou l'interne face à chaque situation obstétricale incluse. C'est un questionnaire court, de 6 questions, pouvant être facilement rempli dans les 24 à 48h qui suivent l'accouchement. Il a été demandé que la personne ayant réalisé l'extraction soit celle qui remplisse le questionnaire. S'il y avait un changement d'intervenant en cours d'extraction, les deux remplissaient chacun un questionnaire. De la même façon que pour les patientes, le questionnaire était anonyme, et identifié grâce au numéro d'accouchement et numéro d'inclusion de chaque patiente.

L'ensemble de la méthodologie, requérant la participation active des praticiens et internes du service, a été présentée et acceptée par l'équipe médicale.

3.3 ANALYSE STATISTIQUE

3.3.1 Effectif

Avec un effectif de 100 femmes, les caractéristiques des sujets ont pu être décrites avec précision.

Pour les variables qualitatives, la précision de l'estimation de la proportion des sujets dans une modalité de cette variable est bonne puisque la largeur de l'intervalle de confiance à 95% de cette proportion est au plus de 9.8% (valeur obtenue pour une proportion de 50% dans la modalité, ce qui correspond au cas de figure le plus défavorable).

Pour les variables quantitatives, la largeur de l'intervalle de confiance à 95% de leur moyenne est égale au produit $(0.196*s) / (0.160*s)$, avec « s » écart-type de la distribution de la variable, soit 19.6% de cet écart-type, ce qui correspond à un bon niveau de précision.

3.3.2 Analyse descriptive

Les données ont été décrites pour l'ensemble des patientes, et séparément pour les patientes en fonction de leur note du vécu de l'extraction, en utilisant les paramètres descriptifs habituels : moyenne, écart type, médiane, extrêmes pour les variables quantitatives; effectif et pourcentage pour les variables qualitatives.

3.3.3 Analyse univariée

En fonction de leur réponse à la question n°32 (vécu de l'extraction instrumentale), les patientes ont été réparties en deux groupes :

- Groupe 1 : vécu « *très positif* » ou « *plutôt positif* »
- Groupe 2 : vécu « *plutôt négatif* » ou « *très négatif* »

Le vécu de l'extraction a alors été analysé dans ces deux groupes, en fonction de :

- âge :
 - classe 1 : <20 et >35
 - classe 2 : 20-35

- niveau d'études
 - classe 1 : pas de scolarisation
 - classe 2 : brevet
 - classe 3 : BAC
 - classe 4 : études supérieures
- préparation à la naissance : oui/non
- indication de l'extraction : (aucune extraction pour contre-indication à la manœuvre de Valsalva n'a été relevée dans l'effectif)
 - classe 1 : anomalies du rythme cardiaque fœtal (urgent)
 - classe 2 : défaut de progression (non urgent)
- type d'instrument
 - classe 1 : forceps de Tarnier
 - classe 2 : ventouse Kiwi
 - classe 3 : changement d'instrument (ventouse puis forceps)
- extraction par
 - classe 1 : l'interne
 - classe 2 : le senior
 - classe 3 : changement de main (interne puis senior)
- extraction douloureuse : oui/non
- sentiment d'échec : oui/non
- impression de garder le contrôle de la situation : oui/non
- peur : oui/non
- difficulté technique ressentie par l'obstétricien : oui/non
- obstétricien revu en suites de couches : oui/non
- patiente ayant reparlé de son accouchement : oui/ non
- complication maternelle (critère composite : périnée complet ou hémorragie de la délivrance) : oui/non
- complication néonatale (critère composite : dystocie des épaules, réanimation immédiate en salle de naissance, transfert en néonatalogie/réanimation, lésions traumatiques liées à l'extraction) : oui/non
- présence de facteurs de risque d'accouchement difficile (critère composite : IMC >30, déclenchement du travail, dystocie de démarrage, travail long >9h en salle de naissance, macrosomie fœtale, diabète très déséquilibré) : oui/non

Toutes les variables étudiées étant de nature qualitative, la comparaison des groupes a été réalisée à l'aide du test du Chi2 (ou de Fisher Exact selon les effectifs).

3.3.4 Analyse multivariée

L'analyse multivariée a été effectuée via une régression logistique pour le calcul de l'Odds Ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95% (IC 95 %). Les variables incluses dans l'analyse étaient celles dont le p en analyse univariée était inférieur à 0.20. Le logiciel SAS version 9.2 a été utilisé pour réaliser toutes les analyses avec un risque de première espèce fixé à 5%.

4. RESULTATS

4.1 EFFECTIFS

L'inclusion en prospectif a duré 9 mois, de septembre 2013 à juin 2014 à la maternité du CHU de Rouen. Sur cette période, nous avons relevé 2014 accouchements, dont 151 extractions instrumentales (9.6% des naissances par voie basse) et 447 césariennes (22.2%).

Cent quatre patientes étaient éligibles à l'inclusion, selon les critères précédemment cités.

Quatre patientes n'ont pas souhaité remplir le questionnaire. Les données de leur dossier médical et le vécu de l'obstétricien ont été colligés de la même façon que pour les autres patientes, afin d'en faire la lecture critique séparément, mais n'ont pas été intégrées à l'analyse statistique.

Cent patientes ont donc été incluses.

4.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

4.2.1 Données démographiques

Tableau 1: Caractéristiques démographiques

	<i>n, %</i>
Age	
<20	3
20-24	22
25-29	44
30-34	25
35-39	4
>40	2
Moyenne (Ecart-type)	27 ans (4.99)
Médiane	26 ans
Statut marital	
seule	9
concubinage	62
mariée ou pacsée	29
Niveau d'études	
Pas de scolarisation	0
Brevet	13
BAC	38
Etudes supérieures	49
Ressources	
Travaille	80
Ne travaille pas	20

Parmi notre population, nous avons noté une plus forte proportion de femmes entre 25 et 29 ans, vivant en concubinage, avec un niveau de scolarisation élevé, et de femmes actives (tableau 1).

4.2.2 Critères ante partum

Tableau 2: Critères ante partum

Poids	
Moyenne (Ecart-type)	63.8 (16.4)
Min-Max	45-144
Médiane	60
<hr/>	
IMC	
Moyenne (Ecart-type)	23.3 (5.7)
Min-Max	16.7-49.8
Médiane	21.7
<hr/>	
IMC	n, %
>25	25
>30	9
<hr/>	
Diabète	
gestationnel	7
préalable	2
<hr/>	
Patientes hospitalisées pendant la grossesse	
Nombre de jours- moyenne	2.8
<hr/>	
Diagnostic anténatal	7

Près de 50% des femmes de notre population ont été hospitalisées au moins une fois pendant leur grossesse. Parmi ces patientes, un tiers l'ont été pour rupture ou fissuration de la poche des eaux à terme, et un quart pour terme en voie de dépassement. Trente-cinq pourcent des hospitalisations avaient lieu avant la période du terme (du type menace d'accouchement prématuré, bilan de vitalité fœtale, bilan de diabète, ...). Pour les 65% restant, il s'agissait d'hospitalisations « définitives », avec une naissance au cours du séjour.

En ce qui concerne les 7% de diagnostics anténataux, les diagnostics évoqués étaient : verge courte, artère ombilicale unique, déséquilibre des cavités cardiaques (×3), dilatation pyélocalicielle bilatérale modérée et kyste splénique. Les bilans anténataux réalisés se sont montrés rassurants pour l'ensemble des patientes. Les pathologies évoquées pour ces fœtus n'ont pas requis de prise en charge néonatale urgente, en dehors d'une surveillance adaptée.

4.2.3 Caractéristiques du travail

Tableau 3: Déroulement du travail

Terme	
Moyenne	40SA+1
Min-Max	37SA- 42SA+1
Médiane	40SA+2
Terme>41SA	n, %
	25
Mode de mise en travail	n, %
Spontané	86
Déclenchement par ocytocine	8
Déclenchement par prostaglandines	5
Déclenchement par ballonnet	1
Gestion du travail	n, %
Utilisation de syntocinon	94
Direction du travail	61
Durée de travail	
Moyenne (Ecart-type)	7h29 (2h24)
Min-max	3h- 13h
Médiane	7h30
Durée à dilatation complète	
Moyenne	1h38 (54 min)
Min-max	10min - 4h00
Médiane	1h55
Travail « long »	n, %
	24

Vingt-cinq pourcent des patientes ont accouché après 41SA. Parmi les 14% de déclenchements, 11% était réalisés pour terme en voie de dépassement. Au cours du travail, l'ocytocine a été utilisée chez 94% des patientes. Une direction du travail a été réalisée dans 61% des cas.

Concernant la définition du travail long, nous nous sommes basés sur la courbe de dilatation cervicale de Friedman (14).

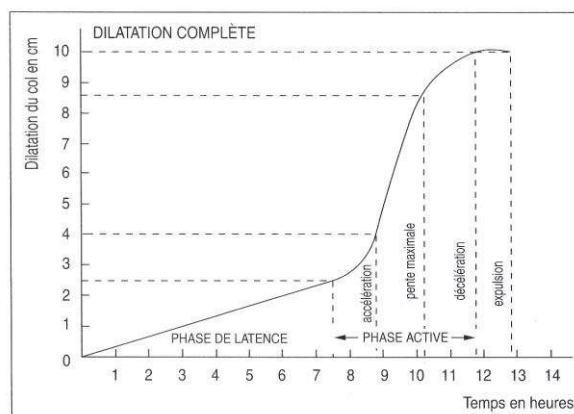


Figure 1: Courbe de dilatation du col chez la primipare; d'après les travaux de Friedman EA. *Primigravid labor; a graphicostatistical analysis.* Obstet Gynecol. déc 1955;6(6):567-89

Si l'on considère que la vitesse moyenne de dilatation du col doit être supérieure à 1cm par heure chez la primipare en phase active, la durée « normale » d'un travail en salle de naissance (de 3cm à l'accouchement) doit être inférieure à 9 heures (soit 7 heures de phase active et maximum 2 heures à dilatation complète selon les recommandations du CNGOF(1)). Nous nous sommes donc basés sur cette limite de temps pour définir, au-delà, l'existence d'un travail long. Près d'un quart des patientes présentait un travail long dans notre population.

4.2.4 Modalités de l'accouchement

Tableau 4: Modes d'accouchement

Durée des efforts expulsifs	
Moyenne (Ecart-type)	30min (11min)
Min-max	10min- 60min
Médiane	30min
Extraction	n, %
Heure d'intervention	
8h-20h	65
20h-2h	23
2h-8h	12
Indication	
Anomalie du RCF	58
Défaut de progression	42
Instrument	
Forceps de Tarnier	22
Ventouse	72
Changement d'instrument	6
Déchirure périnéale	
degré 1-2	28
degré 3	4
degré 4	0
Episiotomie	86
Dystocie des épaules	
Mc Roberts	4
Jacquemier ou Wood	3
Hémorragie de la délivrance	
dont supérieures à 1L	4

Parmi les extractions, on note une plus forte proportion de ventouses que de forceps de Tarnier. Il n'a pas été pratiqué de spatules de Thierry, forceps de Suzor, Pajot, ... Les indications étaient équilibrées entre anomalie du rythme cardiaque fœtal et défaut de progression. Aucune extraction n'a été réalisée pour contre-indication à la manœuvre de Valsalva.

Il a été pratiqué 86% d'épisiotomies. On note, parmi les complications obstétricales directes (liées à l'extraction), 4% de périnéés complets non compliqués. Aucun périnée complet compliqué n'a été relevé.

Il faut enfin noter 3% de dystocies des épaules (échec de la manœuvre de Mc Roberts), et 9% d'hémorragies de la délivrance (4% d'hémorragies sévères soit supérieures à 1L).

4.2.5 Données néonatales

Tableau 5: Données néonatales

APGAR	n, %
<7 à 5 minutes	6
pH	
Moyenne (Ecart-type)	7.22 (0.08)
Min-max	6.83-7.36
Médiane	7.22
Lactates	
Moyenne (Ecart-type)	5.6 (2.6)
Min-max	0.5-18
Médiane	5.25
Poids de naissance (PdN)	
Moyenne (Ecart-type)	3431g (458)
Min-max	2330g-4970g
Médiane	3450g
PdN >97^{ème}Percentile	n, %
	4
Complications	
réanimation	13
séparation mère-enfant	5
lésions traumatiques	7

On note 4% d'enfants macrosomes (la macrosomie étant définie comme un poids de naissance supérieur au 97^{ème} percentile pour l'âge gestationnel selon Audipog (6)).

Il a été retrouvé 6% d'enfants ayant un APGAR<7 à 5 minutes, et 13% de réanimations immédiates en salle de naissance (allant de l'aspiration-ventilation au masque, au massage cardiaque avec intubation). Une bonne partie de ces enfants ont une évolution favorable puisque seuls 5% ont été hospitalisés en néonatalogie ou en réanimation néonatale.

Parmi les lésions traumatiques mises en évidence, il faut noter une fracture de l'humérus (survenue dans un contexte de diabète maternel, forceps de Tarnier, dystocie des épaules

sévère avec manœuvre de Jacquemier) et une fracture de clavicule (sans dystocie des épaules). Les autres lésions (dermabrasions, céphalématomes) ont été d'évolution spontanément favorable sous couvert d'une prise en charge antalgique du nourrisson.

4.2.6 Patientes ayant refusé le questionnaire

Quatre patientes n'ont pas été incluses bien qu'il leur ait été proposé de participer. Elles n'ont pas souhaité préciser le motif de ce refus. Un court entretien, et l'analyse détaillée du dossier médical et du questionnaire-obstétricien ont néanmoins permis de mettre en évidence chez 3 de ces patientes des situations obstétricales ou psycho-sociales « à risque ».

La première patiente a présenté son vécu comme mitigé, bien que l'accompagnement en salle lui ait semblé satisfaisant. On ne notait pas de complication maternelle ni néonatale de l'accouchement, par ventouse pour défaut de progression. Le questionnaire-obstétricien mentionne un accouchement sans difficulté technique ni complication, « à quatre mains » en raison du manque d'expérience d'un jeune interne.

Il a été noté chez la deuxième patiente un contexte social et psychologique particulier, puisque cette jeune femme de 21 ans a présenté un déni de grossesse (découverte à 34SA) et que, séparée du conjoint, elle résidait chez sa mère qui était présente à l'accouchement. L'accouchement, assisté par forceps pour défaut de progression, a été décrit par cette patiente comme particulièrement douloureux, avec des souvenirs incomplets de l'accouchement du fait de ces douleurs. Lors de l'entretien, très bref, la mère de la patiente était présente, et a pris facilement la parole à la place de sa fille.

Une troisième patiente a accepté le questionnaire, mais a finalement déclaré n'avoir pas eu le temps de le remplir. Chez cette patiente, il s'agissait d'une extraction par ventouse pour défaut de progression. L'accouchement a été compliqué d'une hémorragie secondaire de la délivrance à H6, avec des pertes sanguines estimées à moins d'1L, révision utérine et transfusion. Le questionnaire obstétricien ne rapportait pas de difficulté technique, mais il a été retrouvé l'impossibilité de délivrer une information complète par manque de temps.

Une dernière patiente a accepté de participer, mais les réponses au questionnaire étaient particulièrement incomplètes, ne permettant pas l'inclusion. Elle n'a pas souhaité donner suite à l'entretien proposé pour expliciter son vécu. On signale que chez cette très jeune patiente de 15 ans, l'accouchement par ventouse pour trouble du rythme cardiaque fœtal a été compliqué d'une dystocie des épaules très sévère, avec pour l'enfant un APGAR 1-4-8, pH 7.01, et un transfert immédiat en réanimation.

4.3 QUESTIONNAIRES AUX PATIENTES : ANALYSE DESCRIPTIVE

4.3.1 « Pendant la grossesse »

Préparation à la naissance

Soixante-six pourcent des patientes avaient effectué une préparation à la naissance. La figure 2 reprend les différents types de préparation pratiqués dans notre population. Les patientes pouvaient participer à plusieurs types de préparations en même temps.

La préparation à la naissance « classique », c'est-à-dire en cours collectifs, était la plus fréquentée, concernant 74.2% des patientes. Les techniques « autres » sont la préparation en piscine et la relaxation.

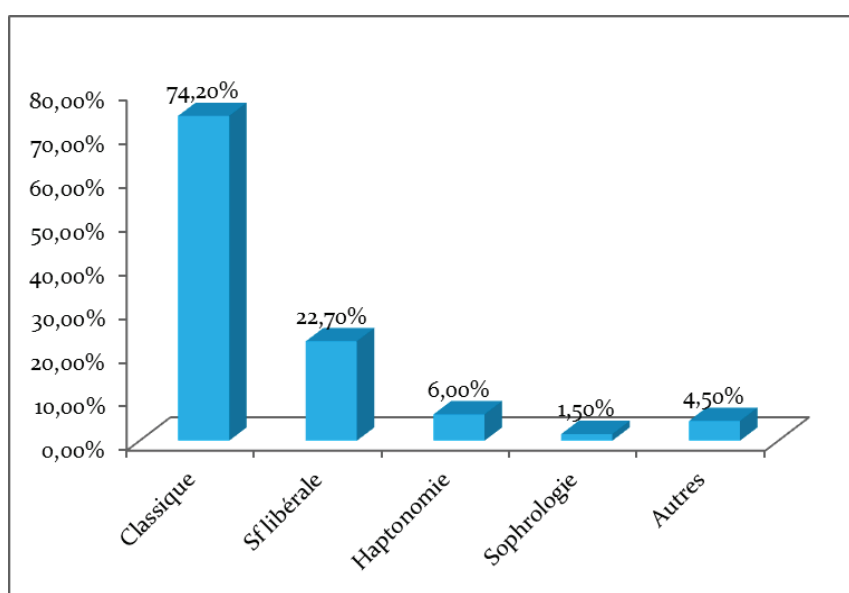


Figure 2: Type de préparation à l'accouchement

Information sur l'extraction instrumentale

Quatre-vingt-dix pourcent des patientes avaient déjà entendu parler de l'extraction instrumentale.

Concernant le mode d'information, plusieurs réponses étaient possibles (figure 3). Il est intéressant de noter que seules 15.6% des patientes avaient reçu cette information en consultation d'obstétrique, avec un médecin ou une sage-femme.

Parmi les patientes ayant fait une préparation à la naissance, 71.2% ont déclaré avoir reçu une information sur l'extraction instrumentale en cours de préparation.

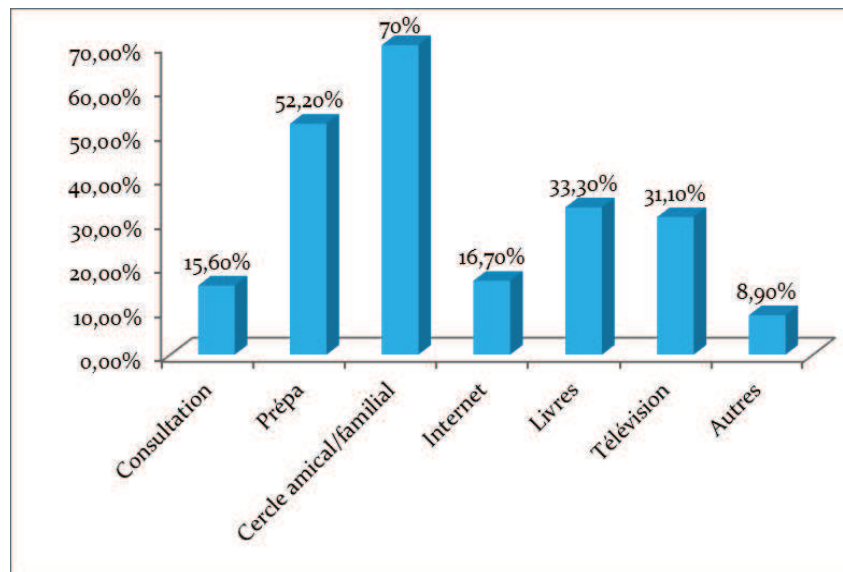


Figure 3: Mode d'information sur l'extraction

Chez ces femmes « informées », 43.3% ont déclaré avoir été effrayées de ce qui leur a été expliqué, quelle que soit la source d'information. En revanche, 28.9% avaient été rassurées par les explications proposées.

Au final, 32% de l'ensemble des patientes avaient déjà envisagé un accouchement assisté par forceps ou ventouse, et 84% considéraient qu'il était important d'aborder ce sujet pendant la grossesse.

Les raisons les plus fréquemment invoquées sont : « pour s'y préparer », « être informée, comprendre de quoi il s'agit », « être rassurée, ne pas paniquer à l'accouchement ».

4.3.2 « Pendant le travail »

Accompagnement pendant le travail

Un proche était présent pendant le travail pour 98% des patientes (figure 4). Toutes ces femmes se sont déclarées bien soutenues par leur accompagnant au cours du travail.

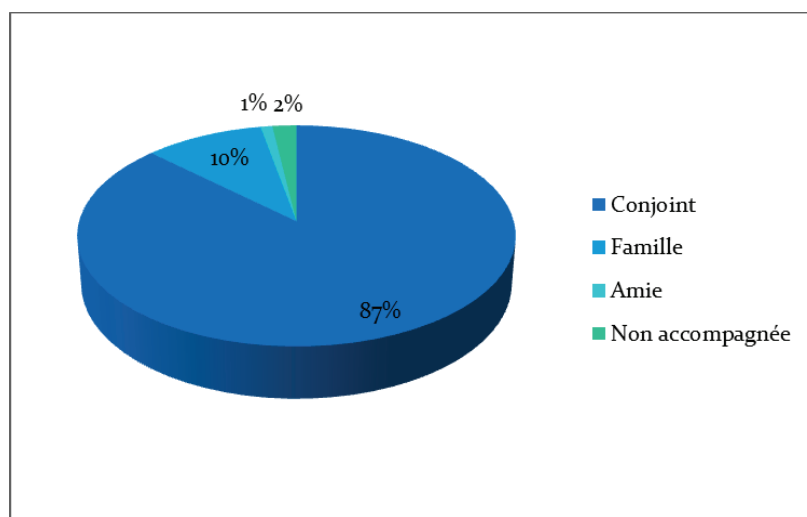


Figure 4: Accompagnement pendant le travail

Les patientes se sont senties bien soutenues par l'équipe médicale et paramédicale dans 98% des cas. D'ailleurs les commentaires libres de la dernière question (« *Comment l'équipe soignante en salle de naissance aurait-elle pu améliorer votre vécu de l'accouchement ?* ») précisent ce sentiment d'accompagnement : 40% des patientes ont mis en avant une forme très positive de soutien : « *une équipe parfaite* », « *formidable* », « *à l'écoute, présente* », « *efficace et rassurante, compréhensive* », « *très compétente et humaine, un grand professionnalisme* ».

Concernant les deux patientes insatisfaites de leur accompagnement par les soignants, l'une a décrit une première partie de travail difficile, avec le sentiment d'avoir été « *menée en bateau* » et des « *avis contradictoires* » de la part des différents membres de l'équipe, puis a été davantage satisfaite de sa deuxième partie de travail, avec une équipe différente (changement d'équipe jour/nuit). L'autre patiente aurait souhaité une présence plus importante auprès d'elle. Elle décrit une attente pénible, avec peu de prise en compte de la douleur et une faible communication. Elle aurait souhaité un accompagnement plus actif de la part de l'équipe et se trouve déçue de la prise en charge par la sage-femme à l'accouchement. Son conjoint a également un mauvais vécu de cette expérience.

Analgésie

Toutes les patientes présentaient une analgésie péridurale, avec un bon soulagement vis-à-vis des contractions pour 93% d'entre elles. Chez les 7 patientes mal soulagées, 2 patientes ont présenté auparavant une dystocie de démarrage avec pose de Nubain®. Les péridurales avaient été posées à 3 cm de dilatation, sauf une à 4 cm. Cinq patientes ont dû recevoir une réinjection, mais aucune péridurale n'a été reposée.

Une réinjection dans le cathéter de péridurale a dû être pratiquée dans 28% des cas, avec un bon soulagement pour 23 d'entre elles.

Une péridurale a dû être reposée, et 2 patientes ont présenté une complication de l'analgésie péridurale (un passage sous dural ayant nécessité déposer puis reposer de la péridurale, et une brèche méningée). Aucune de ces trois patientes ne s'est déclarée mal soulagée par la péridurale. Seuls deux dossiers sur l'ensemble rapportaient le recours à d'autres moyens de soulagement en complément de l'analgésie péridurale : l'hypnose et l'inhalation de MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote).

Au moment de pousser, 60% des patientes sentaient correctement le bas de leur corps.

Gestion du travail

Au cours du travail, 96% des patientes ont reçu des explications sur la façon de pousser.

La figure 5 rapporte la condition physique ressentie par les parturientes au cours du travail.

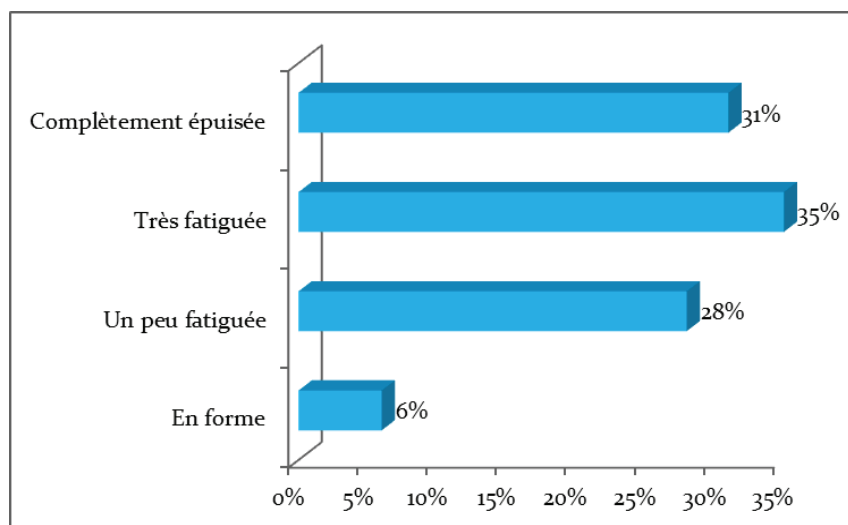


Figure 5: Forme physique pendant le travail

Quarante-neuf pourcent des patientes ont eu une impression de travail particulièrement long. Parmi ces femmes, il est intéressant de noter que seule la moitié a effectivement présenté un travail prolongé au-delà de 9 heures en salle de naissance. Les autres patientes ont présenté un travail « standard » pour une primipare.

4.3.3 « Juste avant l'accouchement »

Intervention de l'obstétricien

Les patientes rapportent que l'obstétricien s'est présenté à elles dans 91% des cas.

Elles ont le souvenir d'avoir reçu une explication sur le geste dans 85% des cas. Chez ces patientes, l'explication a paru compréhensible dans 95.2% des cas.

La figure 6 rassemble les réponses à la question : « *Comment vous êtes-vous sentie lorsque l'obstétricien est intervenu ?* ». Pour une meilleure lisibilité et une analyse plus simple, une seule réponse était demandée.

Un adjectif positif (en vert) a été employé par 55% des patientes, et négatif (en rouge) dans 36% des cas. Quatre pourcent se sont déclarées « indifférentes », et 5% n'ont pas répondu de façon adaptée à la question (plusieurs réponses).

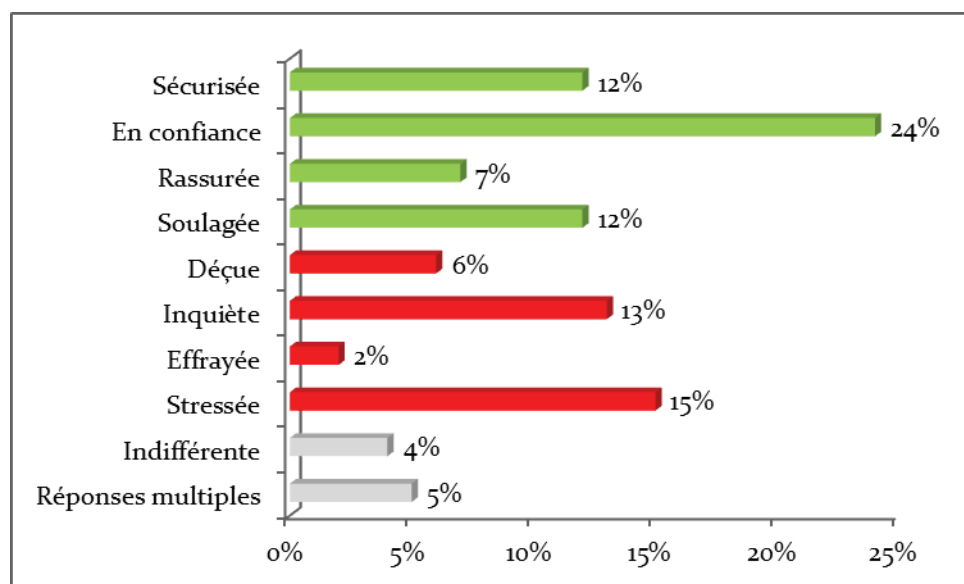


Figure 6: Sentiment à l'annonce de l'extraction

Nous avons cherché à savoir si le fait d'avoir reçu ou non des explications par l'obstétricien modifiait le sentiment ressenti lors de son intervention. Pour cela, nous avons réparti les patientes en 3 groupes : sentiments positifs, sentiments négatifs, indifférence.

La réalisation d'un test de Fischer exact montre qu'il existe globalement une influence de l'explication reçue sur le sentiment ressenti ($p= 0.046$). L'analyse globale étant significative, nous avons effectué une analyse 2 à 2 avec la correction de Bonferroni, pour laquelle aucune significativité ne ressort (sentiments négatif vs positif : $p=0.2$, sentiment négatif versus indifférence : $p=0.22$, sentiment positif versus indifférence : $p=0.06$).

Information sur l'indication et l'instrument utilisé

Quatre-vingt-dix-sept pourcent des patientes savaient quel type d'instrument avait été utilisé (réponse adaptée à la question 15, après contrôle du dossier médical).

En revanche, il a été constaté que seules 56% des femmes savaient décrire précisément les raisons de cette extraction ; 23% ne semblaient en avoir qu'une connaissance partielle, et 21% des patientes ont déclaré ne pas savoir (ou la raison invoquée n'était pas en rapport avec l'indication notée dans le dossier).

4.3.4 « Pendant l'accouchement »

Au moment de pratiquer l'extraction instrumentale, l'accompagnant n'était pas présent en salle dans 8.2% des cas. Dans 3 cas, le conjoint est sorti de lui-même et les patientes se sont déclarées satisfaites ainsi.

Pour deux patientes, l'accouchement a été réalisé au bloc opératoire : les conjoints n'étaient donc pas présents à l'accouchement (indication initiale de césarienne pour anomalie du rythme cardiaque fœtal à dilatation complète non engagé, puis engagement finalement constaté au bloc opératoire donc indication d'extraction instrumentale). Ces patientes se sont déclarées insatisfaites de cette situation.

Enfin dans 2 autres cas, il a été demandé à l'accompagnant de sortir, ce qui n'a pas posé de problème à la parturiente.

Conditions de réalisation de l'extraction

Les patientes ont eu l'impression qu'il y avait trop de personnes présentes en salle dans 26% des cas. Elles ont trouvé l'ambiance dans la salle plutôt calme pour 72% d'entre elles, plutôt agitée dans 17% des cas. Onze pourcent ne se sont pas prononcées, déclarant qu'elles ne se souvenaient pas ou qu'elles n'avaient pas fait attention.

Concernant l'attitude de l'obstétricien, plusieurs réponses étaient possibles (figure 7). Dans 4 cas, d'autres qualificatifs ont été cités : « *honnête* », « *pas toujours d'accord avec la sage-femme* », « *stressée* », « *sûr de lui* ».

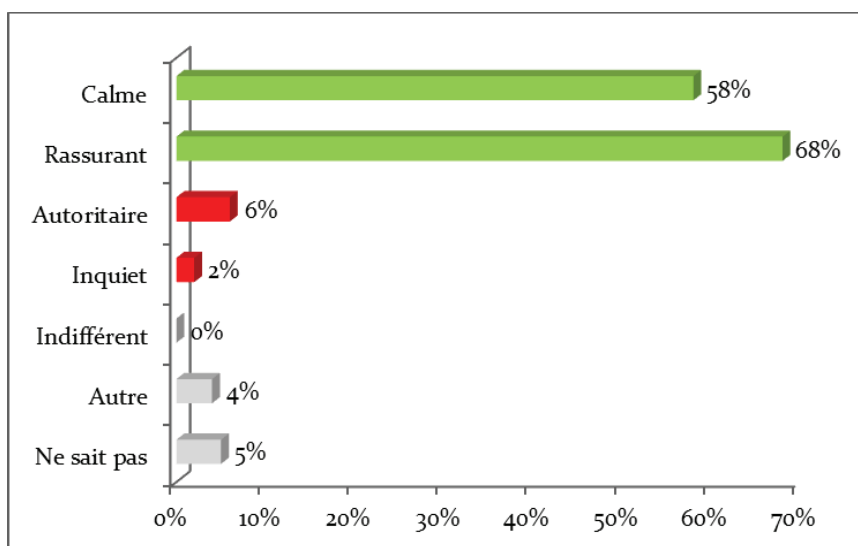


Figure 7: Attitude de l'obstétricien

Lors de la pose de l'instrument et de la manœuvre obstétricale, 98% des patientes ont trouvé les consignes de l'obstétricien compréhensibles. Elles ont eu l'impression d'y répondre efficacement dans 86% des cas.

Douleur pendant l'extraction

L'extraction a été ressentie comme douloureuse dans 33% des cas.

Sur l'ensemble de l'effectif, 22 forceps de Tarnier ont été pratiqués, 72 ventouses et 6 changement d'instrument (séquences ventouse puis forceps). On retrouve significativement plus de patientes douloureuses dans le groupe forceps de Tarnier (50%), que dans le groupe ventouse (26.4%) (Test du Chi 2, $p=0.04$).

Ressenti pendant l'extraction

La figure 8 regroupe les réponses obtenues à la question : « Pendant l'extraction, vous avez l'impression d'avoir été : très active/ plutôt active/ plutôt passive/ complètement passive ? ».

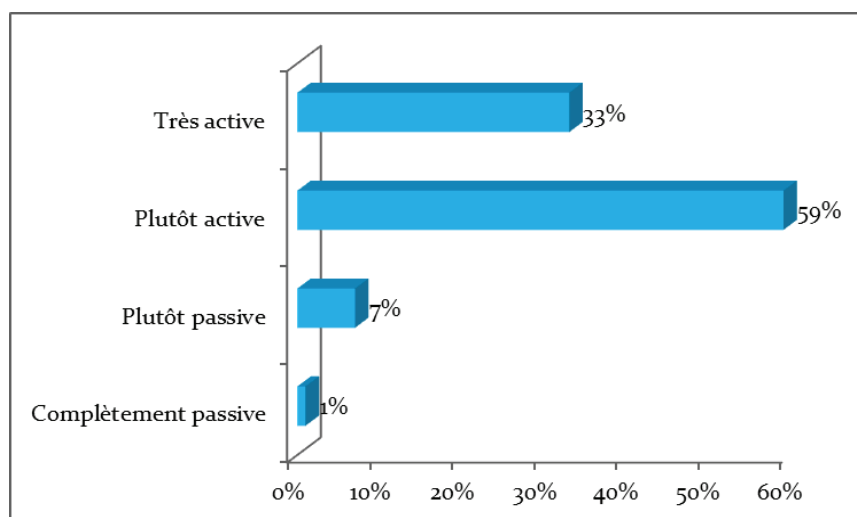


Figure 8: Attitude active/passive pendant l'extraction

57% déclarent avoir eu peur à ce moment précis.

56% ont eu l'impression de garder le contrôle de la situation.

28% ont éprouvé un sentiment d'échec.

Parmi les explications données par ces femmes, on retrouve de la culpabilité : « *peut-être que j'aurais dû pousser plus fort ? Mais j'étais épuisée...* », « *mon bébé était faible et il n'a pas crié tout de suite* », « *s'il ne passait pas, c'était à cause de mon corps trop étroit, s'il mourait c'était de ma faute* », la déception de ne pas avoir pu accoucher seule : « *je n'ai pas réussi à mettre au monde mon enfant sans aide médicale* », le sentiment de ne pas avoir fait ce qu'il fallait : « *impression de ne pas avoir poussé correctement* », « *j'ai cru être incapable de mettre au monde mon enfant normalement* ».

4.3.5 « Juste après l'accouchement »

Immédiatement après l'accouchement, 94% des femmes ont déclaré avoir pris leur enfant dans les bras. Lorsque cela n'a pas été possible (en raison de soins spécifiques ou d'une réanimation), les couples ont été informés rapidement de l'état néonatal de leur enfant dans 5 cas sur 6. Seule une patiente déclare ne pas avoir reçu d'information sur ce qu'il se passait pour son bébé.

Soixante-trois pourcent des femmes ont reçu des informations complémentaires par l'obstétricien sur leur accouchement et les raisons de l'extraction instrumentale.

4.3.6 « Pendant le séjour en maternité »

En suite de couches, 46% des patientes ont revu l'obstétricien senior ou l'interne qui a réalisé l'extraction. Elles ont pu revoir la sage-femme présente à l'accouchement dans 30% des cas.

Entretien en suites de couches

Soixante-seize pourcent des patientes déclarent avoir pu reparler de leur accouchement pendant leur séjour en suites de couches.

Concernant l'interlocuteur, plusieurs réponses étaient possibles (figure 9). La sage-femme de suites de couches semble être l'interlocuteur privilégié (dans 78.9% des cas).

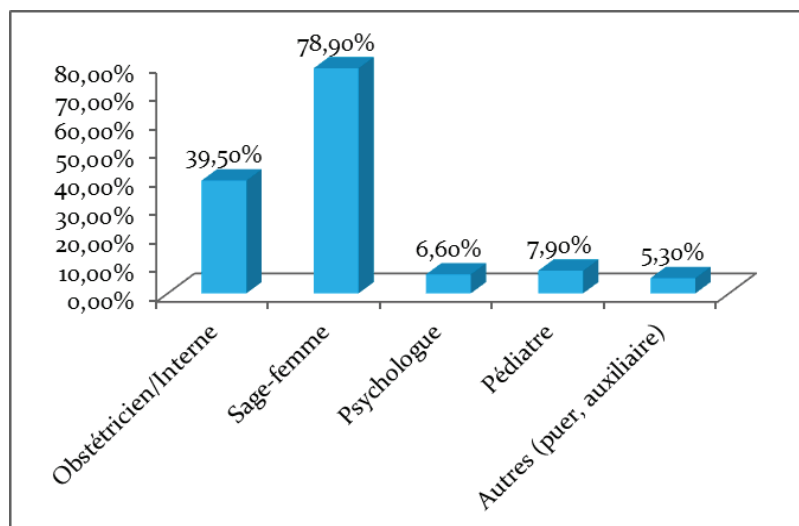


Figure 9: Interlocuteurs en suites de couches

Efficacité de l'entretien

Au final, 14% des patientes éprouvaient encore le besoin de parler de leur accouchement. Chez ces patientes, 9 ont déclaré en avoir déjà discuté avec un personnel soignant (et l'on peut supposer alors que cette mise au point s'est avéré insuffisante). Cinq femmes auraient eu besoin d'en parler mais n'ont pas trouvé d'interlocuteur pour répondre à leurs questions.

4.3.7 « Au total »

Utilité de la préparation à la naissance (figure 10)

Parmi les femmes qui ont suivi une préparation à la naissance, 81.8% l'ont jugé vraiment utile en regard de leur accouchement.

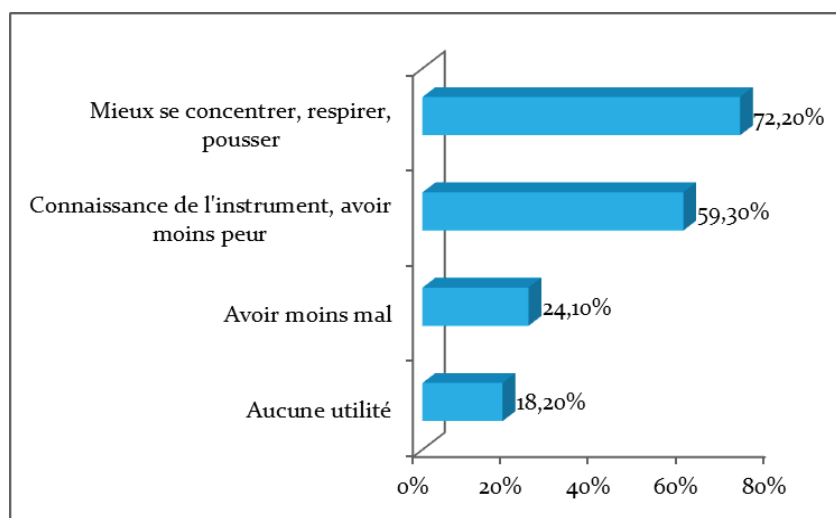


Figure 10: Utilité de la préparation la naissance

Vécu de l'extraction instrumentale (figure 11)

Un vécu positif de l'extraction (sentiment « *très positif* » et « *plutôt positif* ») a été ressenti par 82% de notre population.

Les patientes ont exprimé un vécu négatif (« *plutôt négatif* » et « *très négatif* ») dans 18% des cas. Seules 4% des patientes étaient franchement mécontentes de l'extraction.

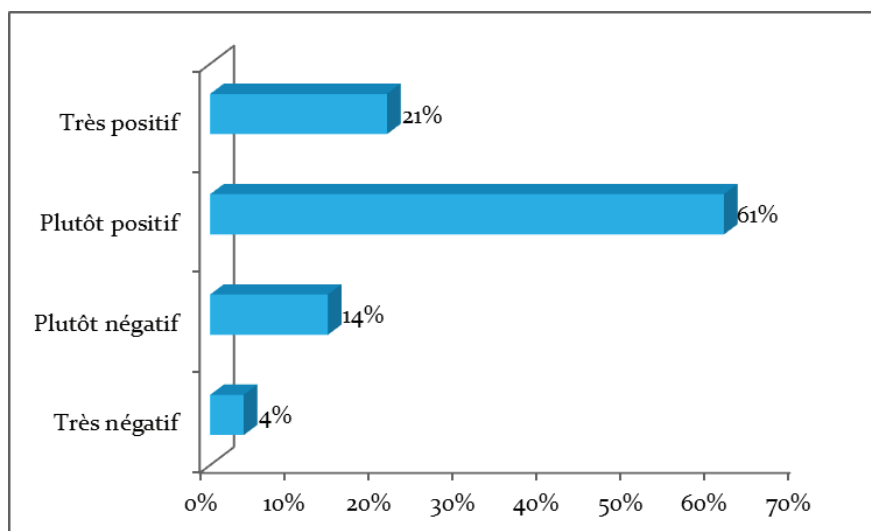


Figure 11: Vécu de l'extraction instrumentale

Chez les patientes avec un vécu négatif de l'extraction (« *plutôt négatif* » et « *très négatif* »), dans 55.6% des cas l'obstétricien n'a pas signalé de difficulté technique à l'accouchement.

En revanche, dans cette même catégorie de patientes, 63.6% des questionnaires-obstétricien rapportaient une difficulté personnelle ou professionnelle (les raisons précisées sont : la difficulté technique du geste, le manque d'expérience, la complication obstétricale ou néonatale liée au geste...).

Les patientes ont pu comparer leur vécu de l'extraction à ce qu'elles imaginaient auparavant (figure 12) : il existait une bonne correspondance dans 18% des cas.

Dans 58% des cas, l'extraction ne correspondait pas à ce que les patientes avaient imaginé. Enfin, 24% des patientes n'ont pas pu faire cette comparaison car elles n'avaient jamais pensé accoucher de cette façon.

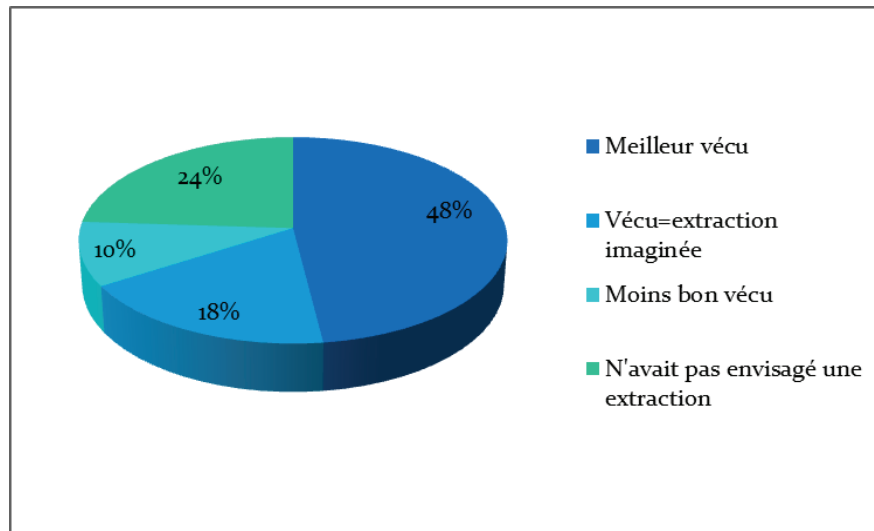


Figure 12: Comparaison du vécu de l'extraction à ce qui était imaginé avant l'accouchement

Vécu de l'accouchement en général (figure 13)

On retrouve des chiffres globalement similaires au vécu de l'extraction : 80% des patientes ont décrit un vécu positif de l'accouchement (« très satisfaisant » ou « satisfaisant »), contre 20% de vécus peu ou pas satisfaisants.

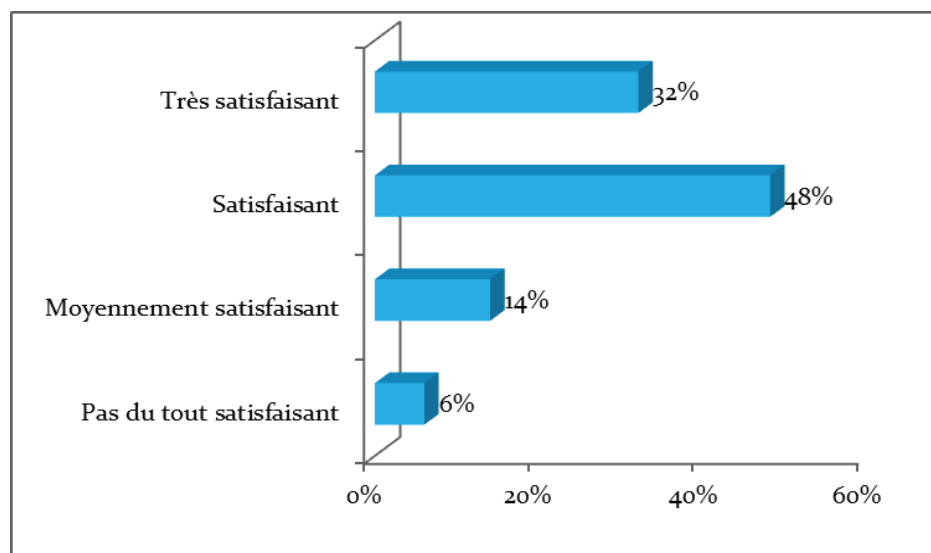


Figure 13: Vécu de l'accouchement

Il est intéressant de noter que les patientes ayant décrit un vécu positif de l'extraction n'ont pas forcément jugé leur accouchement satisfaisant. Inversement, une extraction « mal vécue » n'a pas obligatoirement conduit à un jugement négatif de l'accouchement en général. Cette discordance est retrouvée dans 16% des cas.

Place de la césarienne

7% des patientes auraient préféré une césarienne, *a posteriori*.

Parmi ces femmes, une a présenté un périnée complet non compliqué. Pour une deuxième, l'enfant a eu une fracture de la clavicule. La troisième n'a pas été soulagée par sa péridurale, au cours d'un travail rapide (EVA 8 à l'expulsion). Elle a trouvé l'équipe « *moyennement aimable* ». La quatrième patiente a trouvé l'équipe calme et efficace, bien qu'elle ait présenté une hémorragie de la délivrance à 900ml. Elle aurait préféré une césarienne en cours de travail plutôt que l'extraction qui l'effrayait. Pour la dernière patiente, il avait été annoncé pendant la grossesse un enfant macrosome, et elle rapporte avoir reçu par de nombreux intervenants un discours alarmant sur les risques à l'accouchement. Elle était donc particulièrement stressée à l'arrivée en salle de naissance et pendant le travail.

Annotations libres

La question 35 (« *Comment l'équipe soignante en salle de naissance aurait-elle pu améliorer votre vécu de l'accouchement ?* ») a donné la possibilité aux patientes de signaler les éléments positifs de leur prise en charges, comme les points négatifs. Certaines patientes, qui n'auraient pas forcément préféré une césarienne, ont pu préciser librement le motif de leur insatisfaction. On y trouve certaines thématiques récurrentes :

- Désaccord au sein de l'équipe, manque d'uniformité du discours:

« *Trop de monde, désaccord ouvert de l'équipe* »

« *Trop de changements dans l'équipe jour/nuit (sage-femme, médecin). Harmoniser les discours sur les positionnements lors de la poussée* »

« *J'ai l'impression qu'il y avait beaucoup trop de monde et que toutes les personnes n'étaient pas du même avis quant à la méthode à utiliser* » (Forceps de Tarnier réalisé par le senior, pour anomalie du rythme cardiaque fœtal après 30 min à dilatation complète. Pas de difficulté rapportée par l'équipe médicale. Délivrance artificielle et révision utérine pour non décollement, sans hémorragie de la délivrance. Enfant : APGAR 9/10/10.)

- Problème de l'information et de la communication verbale et non verbale :

« *Ils auraient pu expliquer ce qu'ils faisaient avec des mots simples. J'aurais aimé connaître le rôle de chaque personne présente* » (La patiente précise qu'il y avait trop de monde en salle. Forceps de Tarnier pour défaut de progression. Hémorragie de la délivrance 1200ml

avec délivrance artificielle, révision utérine, révision sous valves, transfusion. Enfant : APGAR 9/10/10.)

« *Remarques d'une étudiante sage-femme peu rassurantes, un professionnel ne doit pas montrer ses doutes* »

« *Première équipe bien. Après le changement d'équipe: moins motivée, pas d'explication, l'interne ne s'est pas présentée, pas de communication. On ne m'a pas prévenue qu'on allait faire une épisiotomie* ». (Forceps de Tarnier à quatre mains pour défaut de progression. L'interne a indiqué s'être senti en difficulté par manque d'expérience. Interne et senior rapportent avoir informé la patiente vis-à-vis de l'extraction avant, pendant et après le geste.)

- Perte de confiance en l'équipe :

« *L'équipe était présente avant et après l'accouchement. J'ai eu l'impression que l'obstétricien ne pouvait rien faire pour m'aider. Je sentais que l'équipe soignante était paniquée pendant l'accouchement* ». (Extraction par l'interne : ventouse pour défaut de progression. 2 lâchages de ventouse. Pas de difficulté technique rapportée mais difficulté personnelle ressentie par l'interne vis-à-vis de son manque d'expérience. APGAR 4/9/9. Enfant hospitalisé en néonatalogie pour infection materno-fœtale.)

- Peur pour l'enfant :

« *Souvenir douloureux, peur que le bébé reste coincé et meure dans le bassin* ». (Vécu catastrophiste, la femme pleure, le couple se dit traumatisé, nécessité d'une intervention de la psychologue. A la lecture du dossier, ventouse pour anomalie du rythme cardiaque fœtal, réalisée par le senior de garde, qui n'a pas rapporté de difficulté particulière sur le plan technique ni sur le plan personnel/professionnel. APGAR 4/8/10. Ventilation au masque à O₂ pendant 5 minutes. Pas de séparation mère-enfant. Hématome du cuir chevelu d'évolution favorable.)

4.4 LE MINI QUESTIONNAIRE OBSTETRICIEN

Intervenants

La participation au questionnaire obstétricien a été excellente, puisque pour chaque patiente incluse, il existait au moins un questionnaire obstétricien rempli. Il est rappelé que tout intervenant participant physiquement à une extraction devait remplir un questionnaire.

La figure 14 montre la répartition des intervenants dans la réalisation des extractions instrumentales au sein de notre population.

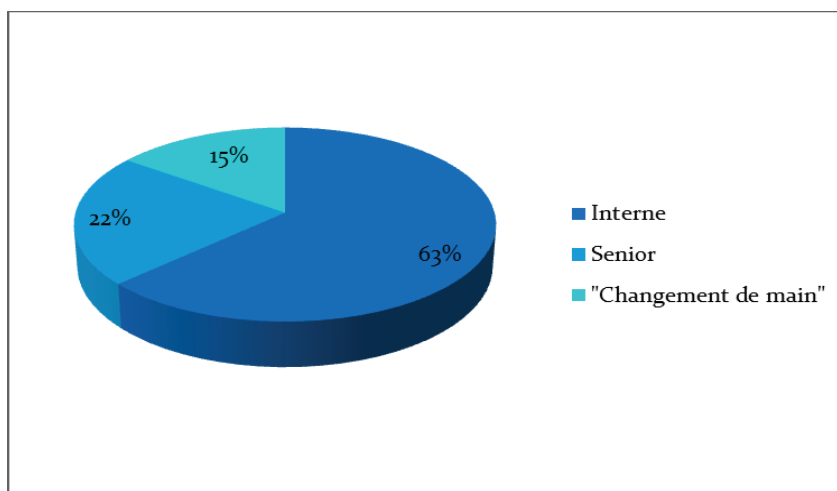


Figure 14: Intervenants ayant pratiqué l'extraction

Ce que nous avons appelé « changement de main » correspond à l'intervention du senior auprès de l'interne pendant l'extraction. Les raisons de ces changements de main ont été :

- l'accouchement instrumental à 4 mains avec un jeune interne (3 cas)
- le lâchage répété de la ventouse (2 cas)
- la difficulté de pose des cuillères dans l'extraction par forceps de Tarnier (4 cas)
- l'extraction jugée difficile (hauteur de la présentation, variété de présentation transverse/défléchie/asynclite) (3 cas)
- l'absence de progression de la présentation lors de la traction (3 cas)

Sur les 15 « changements de main », 6 questionnaires sont manquants (un seul des deux questionnaires nous a été retourné) : nous disposons donc de 109 questionnaires pour les 100 patientes incluses.

Information des patientes

Dans 95.4% des questionnaires, une information a été délivrée à la patiente concernant les raisons et modalités de l'extraction. Lorsque cela n'a pas été possible, il s'agissait : d'un problème de stress/ agitation maternelle (2 cas), dans un cas d'une urgence « extrême » (1 cas), d'un problème de suractivité en salle de naissance (1 cas).

Les intervenants ont signalé avoir expliqué à la patiente le geste obstétrical, ses raisons et ses modalités (plusieurs réponses possibles):

- avant le geste : 78% des questionnaires
- pendant le geste : 53.2% des questionnaires
- après la naissance : 36.7% des questionnaires

Ressenti de l'obstétricien

La patiente a semblé répondre efficacement aux consignes de l'obstétricien dans 94.5% des questionnaires.

Dans 29.4% des questionnaires, l'intervenant avait éprouvé une difficulté personnelle ou professionnelle face à la situation obstétricale. Il était demandé d'en indiquer le ou les motifs (figure 15). Le manque d'expérience a été invoqué exclusivement par des internes.

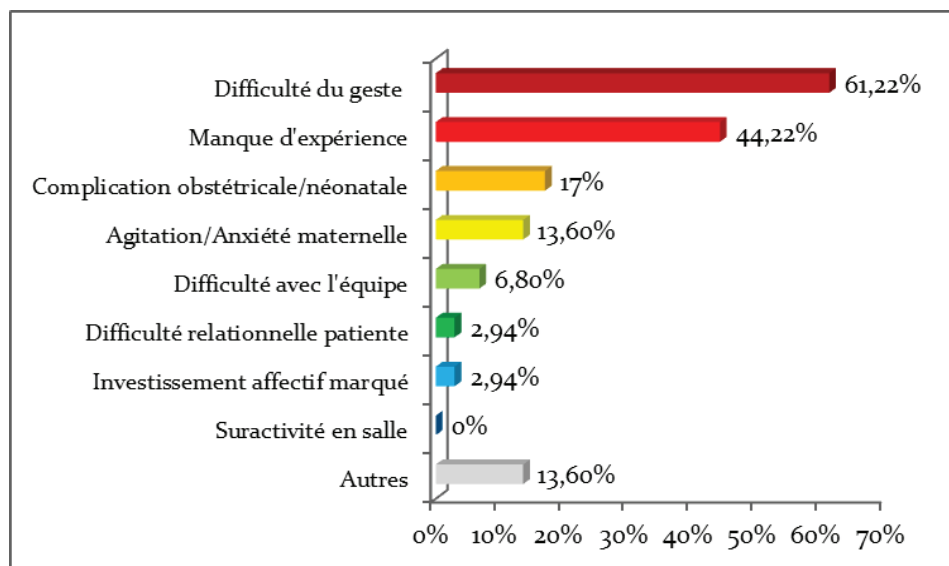


Figure 15: Difficulté personnelle/professionnelle ressentie par l'obstétricien

Il a été rapporté une difficulté technique, ressentie par l'intervenant au moment du geste obstétrical, dans 24.7% des questionnaires.

4.5 ANALYSE STATISTIQUE

Par cette analyse, nous avons cherché à mettre en évidence des facteurs de risque influençant le vécu de l'extraction instrumentale. Le critère de jugement principal était la réponse à la question n°32 du questionnaire-patientes (« *Concernant l'extraction instrumentale, votre vécu est : très positif/ plutôt positif/ plutôt négatif/ très négatif* »). En fonction de leur réponse, les patientes ont été réparties en deux groupes :

- Groupe 1 : vécu « *très positif* » ou « *plutôt positif* »
- Groupe 2 : vécu « *plutôt négatif* » ou « *très négatif* »

Le vécu de l'extraction a alors été analysé dans ces deux groupes selon des critères *ante partum*, *per* et *post partum*. Les résultats sont détaillés dans le tableau 6.

4.5.1 Analyse univariée

Les facteurs significativement associés à un vécu négatif de l'extraction (appartenance au groupe 2) sont :

- l'extraction par forceps (p=0.04),
- le vécu douloureux de l'extraction (p=0.0008),
- l'impression de ne pas garder le contrôle de la situation (p=0.008),
- le sentiment de peur (p=0.01),
- la difficulté technique éprouvée par l'obstétricien ou l'interne d'obstétrique (p=0.008),
- la survenue d'une complication néonatale (p=0.04).

Concernant les critères *ante partum*, l'âge, le niveau d'études et la préparation à la naissance n'interviennent pas significativement dans le vécu de l'extraction.

Pour les critères *per partum*, l'analyse selon l'indication de l'extraction (urgente=anomalie du RCF vs non- urgente=défaut de progression) montre une tendance à un vécu plutôt meilleur dans le groupe anomalie du RCF que dans le groupe défaut de progression, mais ceci n'est pas significatif (p=0.07).

L'extraction par un intervenant interne ou senior ne modifie pas le vécu de l'extraction.

La présence dans le dossier médical de « facteurs de risque d'accouchement difficile » (critère composite : IMC >30, déclenchement du travail, dystocie de démarrage, travail long >9h en salle de naissance, macrosomie fœtale, diabète très déséquilibré) et la survenue de complications maternelles (critère composite : périnée complet ou hémorragie de la délivrance) ne sont pas associés à un vécu négatif de l'extraction.

Le sentiment d'échec ressenti par certaines patientes n'intervient pas non plus dans le vécu.

Concernant les critères *post-partum*, le fait d'avoir revu l'obstétricien en suites de couches et d'avoir reparlé de l'accouchement, ne changent pas le vécu de l'extraction.

4.5.2 Analyse multivariée

Cette analyse a été réalisée pour déterminer des facteurs prédictifs de mauvais vécu de l'extraction instrumentale.

A l'aide d'une régression logistique (les variables incluses dans l'analyse étaient celles dont le p en analyse univariée était inférieur à 0.20), il a ainsi été mis en évidence les facteurs de risque suivants :

- le geste douloureux (OR 7.1, IC 95% [1.9 ; 26.4], p=0.003),
- l'impression de ne pas garder le contrôle de la situation (OR 4.9, IC 95% [1.3 ; 18.8], p=0.02),
- la difficulté technique éprouvée par l'obstétricien (OR 4.4, IC 95% [1.20; 16.5], p=0.03)
- la survenue d'une complication néonatale (OR 6.8, IC 95% [1.6 ; 29.3], p=0.001).

Tableau 6: Analyse multivariée de la probabilité d'avoir un vécu de l'extraction désagréable en référence au fait d'avoir un vécu positif

Variables	Tous Patients (n=100)		Analyse univariée (n=100)				Analyse multivariée** (n=100)			
	n	%	1		2		p-value	ORa	IC95%	p-value
			n	%	n	%				
Classe d'âge (n=100)	100		82		18		0,36			
< 20 et > 35 :	9	9,0	9	10,98	0	0,0				
20-35 :	91	91,0	73	89,02	18	18,0				
Niveau d'études (n=100)	100		82		18		0,84			
Brevet	13	13,0	10	12,20	3	16,67				
BAC	38	38,0	32	39,02	6	33,33				
Etudes Supérieures	49	49,0	40	48,78	9	50,0				
Préparation à la naissance (n=100)	100		82		18		0,53			
Non	34	34,0	29	35,37	5	27,78				
Oui	66	66,0	53	64,6	13	72,2				
Indication de l'extraction (n=100)	100		82		18		0,07			
Classe 1	58	58,0	51	62,2	7	38,89				
Classe 2	42	42,0	31	37,8	11	61,11				
Type d'instrument (n=100)	100		82		18		0,04*			
Forceps	22	22,0	14	17,07	8	44,44				
Ventouse	72	72,0	63	76,83	9	50,0				
Changement	6	6,0	5	6,1	1	5,56				
Extraction faite par (n=100)	100		82		18		0,06			
Interne	63	63,0	55	67,07	8	44,44				
Senior	22	22,0	18	21,95	4	22,22				
Changement de main	15	15,0	9	10,98	6	33,33				
Geste douloureux (n=100)	100		82		18		0,0008*			0,003
Non	67	67,0	61	74,39	6	33,33		1		
Oui	33	33,0	21	25,61	12	66,67		7,1	[1.9;26.4]	
Sentiment d'échec (n=100)	100		82		18		0,26			
Non	72	72,0	61	74,39	11	61,11				
Oui	28	28,0	21	25,61	7	38,89				
Impression de garder le contrôle (n=100)	100		82		18		0,008*			0,02
Non	44	44,0	31	37,8	13	72,22		4,9	[1.3;18.8]	
Oui	56	56,0	51	62,2	5	27,78		1		
Peur (n=100)	100		82		18		0,01*			
Non	43	43,0	40	48,78	3	16,67				
Oui	57	57,0	42	51,22	15	83,33				
Difficulté technique (n=100)	100		82		18		0,008*			0,03
Non	80	80,0	70	85,37	10	55,56		1		
Oui	20	20,0	12	14,63	8	44,44		4,4	[1.2;16.5]	
Obstétricien revu (n=100)	100		82		18		0,88			
Non	54	54,0	44	53,66	10	55,56				
Oui	46	46,0	38	46,34	8	44,44				
A reparlé de son accouchement (n=100)	100		82		18		0,36			
Non	24	24,0	18	21,95	6	33,33				
Oui	76	76,0	64	78,05	12	66,67				
Complications maternelles (n=100)	100		82		18		0,79			
Non	87	87,0	71	86,59	16	88,89				
Oui	13	13,0	11	13,41	2	11,11				
Complications néonatales (n=100)	100		82		18		0,04*			0,001
Non	81	81,0	70	85,37	11	61,11		1		
Oui	19	19,0	12	14,63	7	38,89		6,8	[1.6;29.3]	
FDR d'accouchement difficile (n=100)	100		82		18		0,71			
Non	54	54,0	45	54,88	9	50,0				
Oui	46	46,0	37	45,12	9	50,0				

* p < 0.05 avec le test de Chi2 (ou de Fisher exact).

**régression logistique ajustée sur "geste douloureux", "impression de garder le contrôle", "difficulté technique" et "complications néonatales".

5. DISCUSSION

5.1 VALIDITE DE L'ETUDE

5.1.1 Forces de l'étude

L'inclusion a été réalisée de façon prospective, avec une méthodologie rigoureuse et identique pour toutes les patientes. Nous disposons de l'ensemble des données pour toutes les inclusions, sans donnée manquante. Il s'agit d'une étude unicentrique, ce qui permet l'homogénéité des pratiques et des indications. Ceci peut en revanche faire discuter la généralisation de nos résultats.

L'échantillon de patientes était de taille suffisante pour apporter de la puissance à l'analyse statistique, surtout dans le cadre de données qualitatives.

L'analyse, basée sur un recueil de données du dossier médical et de questionnaires remplis par la patiente et l'obstétricien, a permis de confronter l'accouchement tel qu'il a été vécu (données subjectives) et l'accouchement tel qu'il s'est réellement passé (données objectives).

5.1.2 Limites de l'étude

Une étude qualitative basée sur des entretiens aurait probablement été plus informative concernant le vécu, permettant plus d'authenticité dans le récit de l'accouchement. Cependant, étant donné le nombre de patientes à inclure afin d'obtenir des résultats statistiquement pertinents, il aurait été difficile de mener cette étude à bien dans des délais raisonnables. Il nous a paru plus opportun d'utiliser une technique de questionnaire à choix multiples avec des réponses fermées, afin d'obtenir des groupes homogènes de patientes.

Ensuite, les patientes ayant été évaluées au cours de leur hospitalisation en maternité, certaines ont pu se sentir peu libres de leurs réponses, même avec le système d'anonymat.

Par ailleurs, l'inclusion ayant été réalisée entre J2 et J4 du post-partum, on peut supposer que ces femmes avaient peu de recul vis-à-vis de leur accouchement, en plein bouleversement hormonal et émotionnel, voire en plein « *baby-blues* », ce qui a pu limiter leur capacité d'analyser les événements de manière objective. Il aurait été plus informatif d'obtenir une seconde évaluation à 2-3 mois du post-partum, afin de pouvoir comparer l'évaluation du vécu et noter les traumatismes durables dans le temps.

De même, il aurait été intéressant de rechercher par le questionnaire-patiente des symptômes physiques ou psychiques de réaction de stress aigu, données objectives en faveur d'un vécu négatif. Là encore, ceci n'aurait été pertinent que dans le contrôle de l'évolution à 3 mois (apparition d'un état de stress post-traumatique), ce qui était techniquement impossible aux vues de l'organisation méthodologique.

5.2 DISCUSSION DES RESULTATS, COMPARAISON A LA LITTERATURE

Dans la littérature, peu d'études sont dédiées précisément au vécu de l'extraction instrumentale, tandis que la majorité s'intéresse au vécu de l'accouchement en général. Il faut également se confronter à l'hétérogénéité des méthodologies, voire des pratiques médicales étudiées, ce qui rend souvent difficile la généralisation des résultats.

5.2.2 Caractéristiques démographiques

Nous avons observé dans notre population une forte proportion de femmes jeunes, les 25-29 ans étant majoritaires, avec une moyenne d'âge (27 ans) inférieure à la population nationale (29.7 ans - Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010 (5)). Ceci peut s'expliquer par le fait que les données nationales couvraient tous types de parité, tandis que notre étude se concentrait uniquement sur les primipares. Dans notre population, 94% de patientes avaient moins de 35 ans, ce qui n'apparaît pas en accord avec la théorie selon laquelle un âge maternel avancé augmente le taux d'extractions instrumentales (11) (12).

En analyse univariée, nous avons choisi de composer deux catégories d'âge : 20-35 ans et [<20 ans ; >35 ans], en supposant que les femmes de cette deuxième catégorie manifesteraient peut-être plus de difficultés que les autres vis-à-vis d'un accouchement instrumental. En effet, une étude suédoise menée sur 1302 patientes (47) évoquait un effet négatif de l'âge chez les très jeunes femmes (<20 ans), exposées à plus de difficultés sociales et psychologiques interférant avec leur expérience de l'accouchement, ainsi que chez les femmes de 35 à 43 ans qui exprimaient un vécu globalement plus difficile que le groupe contrôle, probablement du fait d'un taux moins important de voies basses spontanées.

Néanmoins, la littérature ne se montre pas univoque à ce sujet. Dans l'étude d'Aasheim en 2013 (48), la primiparité après 32 ans affectait peu l'expérience de l'accouchement. Si ces femmes semblaient montrer plus d'inquiétudes pendant la grossesse, vis-à-vis de l'accouchement à venir, elles décrivaient néanmoins un meilleur vécu que les femmes plus jeunes, face à un accouchement non physiologique.

On pouvait également penser qu'un plus haut niveau d'instruction interfèrerait dans le vécu de l'accouchement (Goodman 2004 (35)). Les patientes incluses dans notre étude avaient un niveau d'études supérieur au bac dans 49% des cas, ce qui est comparable à la population générale (ENP 2010 : 51.8%). Nous n'avons pas retrouvé cet effet au sein de notre population.

Un mémoire réalisé par une sage-femme de Clermont-Ferrand (49) montrait un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et l'élaboration d'un projet de naissance : il semble que plus le niveau d'étude augmente plus les femmes ont tendance à concevoir un projet de naissance.

Il aurait été intéressant d'établir s'il existait un lien entre l'existence d'un projet de naissance et l'expérience de l'accouchement instrumental : meilleur accès à l'information, exigences ou attentes spécifiques vis-à-vis de l'accouchement, confrontation entre accouchement imaginé et accouchement réel. Malheureusement, l'existence d'un projet de naissance ou son contenu détaillé n'ayant pas toujours été retrouvé dans les dossiers médicaux, il ne nous a pas été possible d'évaluer cette donnée.

5.2.3 Déroulement de la grossesse

Les moyennes de poids et d'indice de masse corporelle (IMC) se situaient dans la norme (IMC moyen 23.3). Nous avons observé 25% de patientes avec un IMC supérieur ou égal à 25, et 7% de diabètes gestationnels. Ces chiffres sont comparables à ceux de la population générale (ENP 2010 (5)): 27.2% de femmes avec un BMI > 25, et 7.2% de diabètes gestationnels.

Près de 50% des patientes de notre étude ont été hospitalisées pendant leur grossesse, ce qui représente une part importante de notre population. On signale que dans l'ENP 2010, seules 18.8% des femmes avaient présenté une hospitalisation en cours de grossesse. Le taux obtenu dans notre étude n'est cependant pas surprenant, car nous avons choisi de nous intéresser spécifiquement à une population de primipares à terme, dont nous savons rétrospectivement qu'elles ont accouché avec une aide instrumentale (plus de termes en voie de dépassement, plus de déclenchements du travail, travail plus long).

5.2.4 Modalités d'accouchement

Bien que notre population cible ait semblé être plus à risque de déclenchement que la population générale (primiparité, 25% des patientes en dépassement de terme, existence *a posteriori* d'une extraction instrumentale), seules 14% ont effectivement été déclenchées, contre 22.7% dans l'ENP 2010. Nous ne sommes pas parvenus à expliquer cette différence.

La durée moyenne de travail en salle de naissance était de 7 heures et 29 minutes, ce qui semble cohérent pour une population de primipares, lorsqu'on s'appuie sur la courbe de Friedman (14). L'existence dans notre population d'un « travail long » dans près d'un quart des cas n'est pas surprenante. Il s'agit là encore d'un biais de recrutement lié au fait que le travail long est en soi un facteur de risque d'extraction instrumentale.

La durée moyenne à dilatation complète était de 1h38, et la médiane de 1h55 minutes. La durée moyenne et la médiane des efforts expulsifs étaient de 30 minutes. Ceci apparaît globalement cohérent avec les recommandations du CNGOF(1), qui préconisent de différer les efforts expulsifs, 2h après le diagnostic de dilatation complète sous analgésie péridurale pour les nullipares, et d'envisager une extraction après 30 minutes d'efforts expulsifs en présence d'un RCF normal.

Au cours du travail, il est intéressant de noter que l'ocytocine a été utilisée dans 94% des cas, soit beaucoup plus qu'en population générale (ENP 2010 : 63.9%). Il existe bien sûr dans notre chiffre un biais de recrutement : nos patientes ont toutes eu une extraction instrumentale. Or celle-ci concerne plus facilement les travaux longs et les défauts de progression du mobile fœtal dans le bassin maternel, situations dans lesquelles est utilisée préférentiellement l'ocytocine.

Le nombre important de « directions du travail » est également à souligner (61%). Le terme de travail dirigé correspond à la mise en œuvre de tous les moyens nécessaires pour modifier le déroulement de l'accouchement, permettant la normalisation d'un accouchement dystocique. Dans notre étude, nous l'avons identifiée par le recours à une séquence « péridurale-rupture artificielle des membranes-ocytocine » ou « péridurale-ocytocine précoce » lorsque les membranes étaient rompues.

Dans une méta-analyse de 1998 (50), la direction active préventive du travail paraissait diminuer la durée de travail et la proportion de travaux longs, sans diminuer le risque de césarienne et sans effet sur l'état néonatal. Une revue de la Cochrane publiée en 2013 (18) montrait, entre une gestion active du travail (amniotomie précoce+ocytocine) et une attitude expectative, une modeste réduction du taux de césarienne avec une réduction de la durée de travail, mais sans effet sur les issues maternelles et néonatales.

Ainsi le recours à une direction active préventive du travail présenterait un bénéfice très limité et semblerait être plutôt une affaire « d'école » : activisme ou attentisme? En revanche, la direction « thérapeutique » du travail ciblée (employée face à une dystocie de démarrage ou une dystocie dynamique) pourrait montrer une tendance à la réduction du recours à la césarienne.

Dans notre population, le travail a été dirigé dans 79.2% des travaux longs, tandis qu'on le retrouve dans 55.3% des travaux « standards » (<9h). Il apparaît donc que la direction thérapeutique du travail soit adéquatement utilisée en cas de travail prolongé, mais qu'il existe aussi une politique importante de direction active précoce du travail au sein de notre maternité.

Au sein de notre population, il a été pratiqué 86% d'épisiotomies, ce qui semble cohérent avec une population de primipares à terme ayant eu une extraction instrumentale. Nous rappelons que le recours à l'épisiotomie ne concernait, chez les primipares en population générale, que 44.4% des femmes dans l'ENP 2010. Toutes les épisiotomies réalisées dans notre maternité sont médio latérales droites.

Selon les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF en 2005 (51), la pratique systématique de l'épisiotomie n'est pas recommandée en cas d'extraction instrumentale (Grade B), car elle ne prévient pas la survenue des déchirures périnéales du 3e et du 4e degré (Grade A). On précise même que le taux de lésions périnéales sévères est augmenté lorsque l'extraction instrumentale est associée à l'épisiotomie (Grade B). Elle doit par conséquent être laissée à l'appréciation de l'opérateur (avis d'expert). L'extraction par ventouse est cependant associée à un moindre recours à l'épisiotomie que l'extraction par forceps (Grade A). Les taux variables d'épisiotomies dans la littérature peuvent donc être expliqués par des politiques de gestion de l'accouchement (usage libéral ou usage restrictif), différentes d'une maternité à l'autre, mais aussi « opérateur- dépendants ».

5.2.5 Complications obstétricales

Nous avons observé plus de déchirures périnéales sévères que dans l'ENP 2010 (4% vs 0.8%). Ceci paraît logique car l'extraction instrumentale augmente significativement le risque de déchirures périnéales sévères par rapport à la voie basse spontanée (grade B- RPC 2008 du CNGOF (1)), or la population nationale regroupait tous types d'accouchements tandis que notre population ne concernait que des extractions instrumentales.

Il faut également souligner que 63% des extractions ont été réalisées par des opérateurs en formations (internes) ; or il a été montré pour l'extraction instrumentale (comme pour de nombreux gestes techniques), qu'il existe une courbe d'apprentissage, et que la diminution du taux de complications passe par un plus grand nombre de gestes réalisés (52).

Il peut nous être reproché d'avoir inclus sans distinction des patientes avec et sans hémorragie de la délivrance (HDD), ce qui peut donner une impression initiale de biais de recrutement, car les hémorragies de la délivrance peuvent être pourvoyeuses d'anxiété, de dépressions post-natales et d'états de stress post-traumatique (ESPT). Néanmoins, la littérature n'est pas univoque à ce sujet. En particulier, une revue de la littérature publiée en 2012 (53) n'a pas démontré de lien direct entre morbidité obstétricale sévère et ESPT. Une autre étude française de 2012 (45), envisageait que le mode d'accouchement ou l'intervention obstétricale ne soient pas prédictifs d'ESPT, mais qu'en revanche ces facteurs obstétricaux puissent devenir traumatiques dans certaines circonstances, en fonction du vécu subjectif de l'accouchement et/ou des antécédents personnels.

Ainsi nous avons recherché un effet de l'HDD sur le vécu de l'extraction (via le critère composite « complication maternelle ») : l'analyse uni variée a confirmé qu'une complication maternelle ne modifiait pas le vécu. Ceci peut s'expliquer facilement : l'HDD ne survient pas pendant l'extraction à proprement parler, et, si elle semble y être associée plus fréquemment (travail dystocique, 2^{ème} phase du travail prolongée (33)), elle n'en est pas une conséquence directe. Ainsi, lorsque les patientes jugent leur vécu de l'extraction, elles ne font généralement pas mention de l'HDD. En revanche, cet évènement est souvent commenté lors de la notation du vécu de l'accouchement en général. Notre critère de jugement principal étant le vécu de l'extraction (et non de l'accouchement), il est logique que l'HDD n'apparaisse pas comme facteur de risque.

5.2.6 Complications néonatales

Parmi nos patientes, 19% étaient concernées par la survenue d'une complication néonatale : réanimation immédiate en salle de naissance, transfert du nouveau-né en néonatalogie, ou lésion traumatiques liées à l'extraction.

Nous devons préciser que la complication néonatale nommée « réanimation en salle de naissance » comprend aussi bien des enfants nés en état de mort apparente avec intubation/massage cardiaque externe/adrénaline, que la simple ventilation au masque pendant 5 minutes. Par conséquent, « complication » n'est pas forcément synonyme de « sévérité ».

Ceci est d'ailleurs confirmé par le faible nombre d'enfants avec APGAR<7 à 5 minutes (6%) ou de transfert en néonatalogie (5%). Enfin, 7% des enfants présentaient une « lésion traumatique » consécutive à l'extraction, dont 5 correspondaient à des lésions bénignes des parties molles (dermabrasions, céphalématomes) qui ont évolué favorablement. Un enfant était porteur d'une fracture de clavicule, sans contexte de dystocie des épaules ; il faut d'ailleurs préciser que ce type de lésion peut être occasionné par un accouchement physiologique. La fracture d'humérus est malheureusement survenue au cours d'une dystocie des épaules très sévère, après une extraction par forceps chez une mère diabétique, avec un enfant macrosome. L'évolution pour cet enfant a été favorable, sous couvert d'une prise en charge orthopédique et antalgique adaptée.

L'étude de Waldenström (2) a montré que le transfert de l'enfant en néonatalogie était un facteur de risque de vécu négatif de l'accouchement en général. Dans notre étude, la survenue d'une complication néonatale est apparue comme un important facteur de risque de vécu négatif de l'extraction (OR 6.8).

Ceci témoigne d'un lien très fort dans l'imaginaire des couples, entre intervention médicale et état de l'enfant, même si toutes les complications néonatales ne sont pas forcément consécutives à l'extraction. Ce constat a une implication médico-légale non négligeable pour l'obstétricien, qui s'astreindra par conséquent à renseigner précisément les circonstances de son intervention dans le dossier médical, après avoir dûment informé les parents des modalités exactes de la prise en charge et ses conséquences (54).

5.2.7 Vécu de l'extraction

Les taux de vécus négatifs obtenus dans notre étude (18% pour l'extraction et 20% pour l'accouchement en général) peuvent paraître importants. Il faut néanmoins préciser que seules 4% patientes étaient franchement mécontentes vis-à-vis de l'extraction (vécu « *très négatif* »), et 6% vis-à-vis de leur accouchement en général (« *pas du tout satisfaisant* »). Ceci se montre cohérent avec la littérature : dans l'étude de Waldenstöm (2), sur 2541 patientes interrogées (incluant tous types d'accouchements) on notait 6.8% de vécus négatifs de l'accouchement.

Nous aurions pu choisir une méthodologie légèrement différente pour l'analyse statistique : répartir les patientes en quatre groupes (« *très positif* », « *plutôt positif* », « *plutôt négatif* », « *très négatif* »), plutôt que deux. Cette analyse apportait sensiblement les mêmes résultats en analyse univariée, à l'exception du type d'instrument qui n'apparaissait plus de manière significative. Les facteurs de risque mis en évidence en analyse multivariée étaient le geste douloureux et la difficulté technique de l'extraction. Nous avons choisi, pour des raisons de lisibilité et de simplification des résultats, de privilégier l'analyse à deux groupes.

L'analyse des questionnaires-obstétricien a permis d'étudier le ressenti des intervenants au cours de l'extraction : 24.7% de ces questionnaires faisaient état d'une difficulté technique. Parmi les opérateurs ayant exprimé cette difficulté, 59.3% étaient des internes, et 40.7% des seniors. Lorsque deux questionnaires ont été remplis pour une même patiente (cas du « changement de main »), des avis contradictoires entre le senior et l'interne sur la difficulté technique du geste étaient possibles. Il a été décidé, pour une meilleure lisibilité de l'analyse, de privilégier l'avis du senior à celui de l'interne lorsqu'il existait une discordance. Ainsi, une difficulté technique au cours de l'extraction instrumentale était retrouvée chez 20% des patientes. En analyse univariée, nous avons mis en évidence une association entre difficulté technique du geste et vécu de l'extraction. La difficulté technique du geste est apparue comme facteur de risque de vécu négatif de l'extraction en analyse multivariée (OR 4.4).

En revanche, chez les patientes pour lesquelles l'extraction n'a pas été jugée difficile, 55.6% ont tout de même exprimé un vécu négatif. Ceci illustre bien le fait que d'autres facteurs, en particulier intrinsèques (personnalité, antécédents), peuvent interférer avec la perception de l'évènement. C'est le phénomène de la transparence psychique décrit par Bydlowski (36), irruption intempestive du passé dans les représentations psychiques de la femme enceinte ou

parturiente. Par conséquent, une extraction, même jugée « minime » par le médecin, peut devenir une source d'angoisse. Exprimant son mécontentement, la patiente peut ainsi projeter des sentiments en lien avec son histoire personnelle, dont le médecin est parfois injustement le réceptacle.

Il n'a pas été démontré de différence de vécu pour les patientes, entre un geste pratiqué par l'interne et un geste réalisé par l'obstétricien-senior. Une tendance à un vécu plus négatif a été retrouvée dans le cas d'un « changement de main », sans que ce lien soit significatif ($p=0.06$).

Sept pourcent de notre population auraient préféré une césarienne (7%). Pourtant, deux de ces femmes ont estimé leur vécu de l'extraction « *très positif* » et de l'accouchement « *très satisfaisant* », ce qui apparaît surprenant et paradoxal. L'une a trouvé l'extraction très douloureuse (EVA cotée à 10), ce qui peut expliquer sa préférence pour une césarienne, mais pas son jugement de l'extraction. L'autre patiente a expliqué qu'une césarienne aurait été « *plus rassurante* ». On signale que cette femme s'était estimée peu soutenue et « *menée en bateau* », avec des avis contradictoires des membres de l'équipe sur sa prise en charge en début de travail.

De nombreuses patientes accorderont souvent plus d'importance à un accompagnement attentif et durable (tant sur le plan physique que psychologique) qu'aux modalités de la naissance. Nous rejoignons ainsi le constat de Storksen (37) : les patientes semblent plus marquées par le vécu subjectif de l'accouchement (perception de l'évènement), que par les complications obstétricales objectives.

5.3 COMMENT AMELIORER LE VECU DE L'EXTRACTION ?

5.3.1 Renforcer l'information *pre partum* ?

L'information et la communication sont des outils essentiels dans la préparation des femmes à l'accouchement. Le CNGOF (1) et l'HAS (32) recommandent donc d'aborder le sujet de l'extraction instrumentale en cours de préparation à la naissance et en consultation prénatale.

La préparation à la naissance concernait deux tiers des patientes de notre étude ; parmi elles, 71.2% y ont reçu une information sur l'extraction instrumentale. Nous n'avons pas montré de différence significative entre le vécu des patientes préparées et non préparées.

En particulier, 18.2% des patientes ayant fait une préparation ne l'ont pas finalement jugée utile en regard de leur accouchement. Cette idée a déjà été développée par Murphy en 2003 (55) : parmi un échantillon de femmes ayant accouché par césarienne ou extraction instrumentale, de nombreuses patientes exprimaient des réserves sur l'utilité de la préparation à la naissance car le sujet n'y était pas toujours abordé de façon adéquate, que rien ne s'était finalement passé comme elles l'avaient prévu, et beaucoup regrettaient que l'impact émotionnel de ce type d'accouchement n'ait pas été pris en compte dans la préparation.

Dans notre étude, 24% des femmes ont reçu exclusivement une information d'origine non médicale (famille ou amis, télévision, internet). Dans ces conditions, le contenu ou le mode de présentation peuvent parfois s'avérer effrayants (43.3% de notre population). Nous avons également constaté que 16% de nos patientes ne jugeaient pas nécessaire de parler de l'extraction pour s'y préparer. Ces patientes n'ont d'ailleurs pas obligatoirement mal vécu leur extraction (87.5% de vécus « *très positif* » ou « *positif* »).

Parmi les femmes « informées », seules 18% ont finalement vécu l'extraction telle qu'elles l'imaginaient auparavant, tandis que 58% ont eu un vécu différent de ce qu'elles avaient envisagé (48% mieux, 10% moins bien). Ceci illustre d'une part la différence fréquente entre accouchement imaginé et accouchement réel, dont le conflit peut être à l'origine de difficultés pour la patiente ou le couple (culpabilité, sentiment d'échec) (Goodman (35), Kjaergaard (56)). D'autre part, on en conclura que les informations dispensées avant l'accouchement ne sont pas

toujours un reflet exact de la réalité, ou en tout cas qu'elles sont soumises à un niveau d'attention variable et à un certain degré d'interprétation, ce qui peut limiter leur effet.

5.3.2 Prise en charge optimale de la douleur ?

La douleur est un facteur de risque reconnu de mauvais vécu de l'accouchement. Plus surprenant, dans l'étude de Waldenström (2) l'analgésie péridurale y était également associée. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elle concerne en priorité des femmes très algiques (qui ne retiendront du travail que la phase à l'acmé de la douleur, ou la durée d'attente avant la pose de la péridurale), mais aussi parce que les femmes hyperalgiques reçoivent des doses d'anesthésiques plus importantes, avec plus d'effets indésirables (bloc moteur, extraction).

Notre analyse multivariée a fait apparaître la douleur comme un important facteur de risque de mauvais vécu de l'extraction (OR 7.1). Par conséquent, l'amélioration du vécu passe par l'optimisation de la prise en charge antalgique (27). Une péridurale peut être mise en place dès 2-3 cm sans ralentir la marche du travail (57) et permettre, par de faibles concentrations d'anesthésiques locaux potentialisées par les morphinomimétiques, un soulagement efficace en limitant le bloc moteur.

Dans notre étude, toutes les patientes avaient une analgésie péridurale, et 93% se sont déclarées bien soulagées pendant le travail. Cependant, 33% des patientes ont décrit une extraction douloureuse (parmi lesquelles 50% de forceps). Le CNGOF rappelle qu'une analgésie péridurale efficace en cours de travail peut se montrer insuffisante avec les solutions diluées actuellement recommandées pour le travail, notamment pour une extraction par forceps.

On souligne que le forceps s'avère significativement plus douloureux que la ventouse, et qu'il est associé en analyse univariée à un vécu plus négatif de l'extraction ($p=0.04$). Il peut ainsi être nécessaire que l'équipe d'anesthésie soit prévenue de la réalisation d'une extraction, afin de renforcer l'analgésie si besoin. L'anesthésie générale reste, comme l'indique l'article de Diemunsch (57), une solution de dernier recours, réservée aux situations d'extrême urgence, d'inefficacité de l'analgésie péridurale ou de contre-indications/refus catégorique de la péridurale par la patiente.

5.3.3 Améliorer la communication verbale et non-verbale en salle de naissance ?

Nous avons pu constater qu'un certain nombre de femmes se sont montrées sensibles à l'ambiance (17% ont jugé qu'elle était agitée), au nombre de personnes en salle (26% étaient gênées par l'excès de présence) et à l'attitude des intervenants (95% ont su préciser le comportement de l'obstétricien). Les couples se montrent souvent très attentifs aux échanges entre personnels de salle. En particulier les regards, les mots et le ton employés sont autant de raisons de s'inquiéter lorsque les événements se précipitent, et doivent donc être maîtrisés.

Nous avons d'ailleurs mis en évidence que le sentiment de peur, ressenti au cours de l'accouchement, était associé en analyse univariée à un vécu plus négatif de l'extraction ($p=0.01$). L'ensemble de l'équipe doit donc éviter de transmettre son stress. Le conflit ou le désaccord de l'équipe en présence du couple doivent être bannis. On veillera également à limiter le volume sonore, les allées et venues, l'entrée de tierces personnes ne s'étant pas présentées.

Dans notre population, l'intervention de l'obstétricien a été vécue de façon mitigée : 55% des femmes ont employé un adjectif positif, dont un quart : « *en confiance* » et 36% de patientes ont été « *décues* », « *inquiètes* », « *effrayées* » ou « *stressées* ». Bien que 85% des femmes déclarent avoir reçu une information compréhensible par l'obstétricien avant l'accouchement, nous n'avons pas observé d'effet de ces explications sur leur mode de réaction. Il faut envisager que la façon dont la sage-femme a préalablement introduit l'intervention médicale, peut également avoir influencé la perception de la patiente à l'arrivée de l'obstétricien.

L'annonce de l'extraction se révèle pourtant importante, tant par son contenu que par ses modalités. Bien qu'aucune étude n'ait évalué précisément l'impact de cette information sur le pronostic néonatal et maternel, elle apparaît pour Sentilhes (58) indispensable et indissociable du geste technique, devant être délivrée avant la réalisation de l'extraction afin de rassurer la patiente et d'obtenir sa pleine coopération.

Dans son étude de 2010, Elmir (34) exposait la nécessité pour les femmes d'être impliquées dans la décision médicale, afin d'améliorer leur sentiment de contrôle. A ce titre, nous avons confirmé par notre analyse multivariée, que le sentiment de perdre le contrôle de la situation influait négativement sur le vécu des patientes vis-à-vis de l'extraction (OR 4.9). Ces résultats

ont été mis en évidence par Waldenstöm(2), Goodman (35) et Kjaergaard (56). L'étude de ce dernier concerne spécifiquement le vécu des patientes au cours d'un travail long et dirigé, et précise que le sentiment de contrôle est renforcé positivement par un accompagnement empathique, encourageant, et respectueux par l'équipe de salle de naissance, et en particulier de la sage-femme.

L'explication du geste doit être explicite, concise, adaptée au niveau de compréhension du couple, sans dramatiser la situation ni la banaliser. Le degré d'urgence impose cependant d'adopter parfois des « raccourcis », auquel cas ces informations importantes devront être données après l'accouchement.

Dans notre étude, 85% des patientes ont le souvenir d'avoir reçu une information compréhensible par l'obstétricien. Ceci peut montrer un léger décalage entre le souvenir de l'évènement par la patiente et la réalité, car 95.4% des questionnaires-obstétricien font état d'une information complète avant, pendant, ou immédiatement après le geste technique. Il faut également envisager que ce que les obstétriciens ont pris pour une information claire, s'est finalement révélée peu compréhensible pour une partie des patientes.

Finalement, 97% des patientes connaissaient le type d'instrument pratiqué, mais seules 56% en décrivaient précisément la raison, et pire, 21% ne la connaissaient pas du tout.

Une fois de plus, nous constatons que l'information est soumise à un niveau d'attention variable et à l'interprétation individuelle de chacun. Par conséquent, il apparaît important de la réitérer, légèrement à distance de l'évènement, afin qu'elle soit mieux assimilée.

5.3.4 Entretien en suites de couches : reparler de l'accouchement ?

Cette pratique paraît évidente mais peut encore être développée : moins de la moitié des patientes de notre étude ont été revues en suites de couches par l'obstétricien ou la sage-femme présents à l'accouchement. Cet entretien permet de réexpliquer les points restés incompris pendant l'agitation du travail, et participe à faire diminuer le stress chez les patientes nouvellement accouchées : on n'intègre bien que ce que l'on comprend bien.

Dans notre population, 76% des patientes ont pu parler de leur accouchement, principalement avec la sage-femme de suites de couches. Pourtant, 9% de ces femmes avaient toujours des

interrogations à l'issue de cet entretien. Enfin, 5% des patientes n'ont pas trouvé d'interlocuteur pendant leur séjour bien qu'elles auraient souhaité en parler.

Nous n'avons pas montré d'impact de cet entretien sur le vécu de l'extraction, lorsque les patientes ont revu l'obstétricien en suites de couches ou qu'elles ont reparlé de leur accouchement. L'entretien en post-partum ne semble pas modifier la perception de l'évènement *a posteriori*. Cependant, notre méthodologie concernant l'évaluation de l'entretien *post-partum* s'avère incomplète pour apprécier correctement son effet, car le vécu devrait théoriquement être évalué avant et après information, ce qui était techniquement impossible aux vues de la courte durée d'hospitalisation. Enfin, nous devons envisager que, les patientes ayant parfois été évaluées tôt (à partir de J2), elles n'aient pas forcément revu leur obstétricien au moment où elles ont reçu le questionnaire.

Dans la littérature, l'efficacité des entretiens post-nataux dans la réduction des mauvais vécus et des dépressions post-natales reste controversée (59). Néanmoins, l'article de Pierre (54) insiste sur l'importance d'un entretien au cours du séjour en suites de couches avec l'obstétricien intervenu à l'accouchement, car si cette attitude ne modifie pas le vécu des patientes, elle permet en revanche d'assurer une information loyale dont l'absence est bien souvent à l'origine de conséquences médico-légales. En particulier lorsqu'il y a un mauvais vécu et/ou des complications, cette démarche (bien souvent délicate) s'avère nécessaire en réponse aux interrogations et inquiétudes de la patiente. Elle peut d'ailleurs être l'occasion de proposer un entretien secondaire avec un psychologue, pouvant être poursuivi ultérieurement, si la femme se trouve en difficulté.

Cet entretien se fera volontiers en présence du conjoint, parfois « mis de côté » à l'accouchement lorsque les événements se précipitent. Il est fréquent de constater que des paroles ou des gestes apparemment anodins pour l'équipe ont pris, pour ce témoin discret, une importance démesurée.

Dans une étude québécoise (60), une moindre satisfaction des pères a été statistiquement mise en évidence en cas d'extraction instrumentale, de césarienne ou de réanimation néonatale. En comparaison à leur compagne, ces pères se sont montrés plus affectés par la perception extérieure de l'intervention obstétricale et leurs éventuelles complications, et semblaient plus sensibles à la qualité des soins prodigués.

Dans notre étude, seules les femmes étaient interrogées pour une raison méthodologique. Cependant, il n'a pas été rare que les patientes témoignent d'un malaise persistant chez leur compagnon, ou que ceux-ci manifestent directement leur émotion lors de l'entretien.

5.3.5 Peut-on réellement faire diminuer les mauvais vécus ?

Certains facteurs de risque mis en évidence par notre étude paraissent immuables (difficulté technique rencontrée par l'obstétricien, survenue de complications néonatales). De même, la transparence psychique décrite par Bydlowski (36), irruption intempestive du passé dans les représentations psychiques de la jeune mère, modifiera inévitablement sa perception de l'évènement.

Il semble donc que le monde médical ait peu de prise sur le vécu maternel, en dehors d'un accompagnement attentif, respectueux et d'une information loyale. L'extraction étant ce qu'elle est : différente de l'accouchement physiologique, souvent incompatible avec un projet de naissance, empreinte d'une « mauvaise réputation » par les complications qu'elle peut occasionner, impressionnante et intrusive sous certains aspects, faisant suite à un travail parfois laborieux, ou motivée par l'urgence d'une anomalie de rythme cardiaque fœtal, elle laissera toujours au couple le sentiment que « *les choses auraient pu mieux se passer* ».

De façon certaine, l'extraction est un facteur de risque reconnu de vécu négatif de l'accouchement. Par conséquent, faire diminuer le risque de mauvais vécu semble passer par la diminution du taux d'extractions instrumentales. Les taux variables de recours à l'extraction dans la littérature nous laissent supposer que son usage dépasse souvent les seules indications proposées par le CNGOF. Un état des lieux national (7) illustre en 2007 cette variabilité : sur les 49 centres interrogés, le taux d'extraction instrumentale allait de 5,3 à 34,1 % de l'ensemble des accouchements.

En particulier, la politique de gestion du travail, différente d'une maternité à l'autre, peut influencer le recours à l'extraction, ce qui explique cette variabilité :

- politique de direction active « préventive » ou attentisme, correction précoce des stagnations par une direction « thérapeutique » du travail
- recours à la rupture précoce des membranes, mode d'utilisation de l'ocytocine (hautes doses), iatrogénie potentielle (induction d'anomalies du RCF)

- recours usuel à l'analgésie péridurale et modalités d'administration, conforme ou non aux dernières recommandations
- enseignement et usage courant de la rotation manuelle dans la réduction des variétés postérieures, ou abstention
- intervenant réalisant l'accouchement et recours plus ou moins rapide à l'extraction : suivi du travail et accouchement complet réalisés par la sage-femme dans le système public, ou accouchement par l'obstétricien de garde en système privé
- maternité de niveau I, II ou III : disponibilité immédiate ou non de l'obstétricien, anticipation par la sage-femme de l'appel à l'obstétricien quand celui-ci n'est pas de garde sur place
- centre d'enseignement aux internes de gynécologie-obstétrique : gestes à quatre mains, échecs ou difficultés rencontrés par l'interne et repris par le senior, taux de complications plus élevé en début de formation

De même, si les indications du CNGOF paraissent bien codifiées, certaines indications maternelles élargies peuvent venir « gonfler » les chiffres de l'extraction d'un centre à l'autre (myopie moyenne, asthme, hernies/éventrations, tout type de cardiopathie...).

Enfin, le recours à l'extraction apparaît « opérateur-dépendant » : formation et expérience de l'obstétricien, histoire professionnelle marquée par des difficultés techniques ou des complications, « niveau de stress » individuel, tolérance vis-à-vis d'anomalies du rythme d'expulsion ou dans la durée des efforts expulsifs après 30 minutes lorsque le rythme fœtal est normal, pratique d'extractions à la partie haute ou césarienne systématique... .

L'évaluation nationale des pratiques a été menée en 2007 avant la publication des nouvelles recommandations du CNGOF sur l'extraction instrumentale. Il serait particulièrement intéressant de mener dans chaque maternité une évaluation de pratiques « post-recommandations » afin d'apprécier comment celles-ci ont pu modifier le recours à l'extraction instrumentale.

6. CONCLUSION

Il a été démontré que l'extraction instrumentale était un facteur de risque de vécu négatif de l'accouchement. Bien qu'il s'agisse d'une pratique quotidienne en salle de naissance, peu d'études se sont intéressées aux déterminants (*pre, per et post-partum*) du vécu de l'extraction instrumentale, dans le but d'améliorer cette expérience particulière de l'accouchement.

L'information dispensée pendant la grossesse, notamment en préparation à l'accouchement, n'intervient pas en faveur d'un meilleur vécu de l'extraction instrumentale. Elle peut être soumise à un niveau d'attention variable et à un certain degré d'interprétation, ce qui peut limiter son effet bénéfique. Il faut également envisager que les informations délivrées en cours de préparation puissent être insuffisantes ou inadaptées pour faire face à ce type d'accouchement. Il nous semble par conséquent nécessaire de les évaluer.

La ventouse apparaît associée à un meilleur vécu, probablement du fait d'une moindre association à la douleur. L'extraction par forceps est responsable de douleurs significativement plus importantes, et est associée en analyse uni variée à un vécu plus négatif de l'extraction instrumentale. La douleur apparaît comme un facteur de risque important de mauvais vécu, même au sein de notre population où 100% des patientes avaient une analgésie péridurale. Si des « facteurs de risque d'accouchement difficile » ne semblent pas être associés à un vécu plus négatif, en revanche la difficulté technique éprouvée par l'obstétricien au cours du geste constitue un facteur de risque non négligeable de mauvais vécu pour ces patientes, ainsi que les complications néonatales qui peuvent éventuellement en découler. Les patientes n'ont pas décrit de vécu différent, entre une extraction réalisée par un interne ou un obstétricien-senior.

Les sentiments négatifs éprouvés par les femmes à l'occasion de l'extraction (peur, sensation de perdre le contrôle de la situation), sont particulièrement associés à un vécu négatif. Déstabilisants, ils peuvent témoigner de la nécessité pour la femme d'être mieux soutenue, encouragée, rassurée.

Enfin, l'entretien en suites de couches ne semble pas apporter d'amélioration au vécu de l'extraction. Une évaluation spécifique mériterait toutefois d'être menée, avec une méthodologie plus adaptée. Cette pratique doit, quoi qu'il en soit, être renforcée car elle se montre encore

insuffisante à l'heure actuelle. Un accompagnement attentif, une communication adaptée et des explications claires apparaissent essentiels dans la réassurance de ces femmes, particulièrement en cas de complications ou de vécu négatif.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Instrumental extractions. Guidelines. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37 Suppl 8:S297-300.
2. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth Berkeley Calif.* mars 2004;31(1):17-27.
3. Hildingsson I, Karlström A, Nystedt A. Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives.* mars 2013;4(1):3-8.
4. Vigneron M. Influence de l'extraction instrumentale sur le vécu de l'accouchement: étude qualitative auprès de 10 primipares. Brest, France; 2011. 62 p.
5. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM; 2011.
6. Réseau Sentinelle Audipog. Rapport sur la Santé Périnatale en 2004-2005. Evaluation des pratiques médicales. 2007.
7. Mangin M, Ramanah R, Aouar Z, Courtois L, Collin A, Cossa S, et al. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2010;39(2):121-32.
8. Clark SL, Belfort MA, Hankins GDV, Meyers JA, Houser FM. Variation in the rates of operative delivery in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* juin 2007;196(6):526.e1-5.
9. Gélis J. La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie. Paris, France: Fayard; 1988. 560 p.
10. Laget M, Ariès P. Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique. Paris, France: Éditions du Seuil; 1982. 346 p.
11. Sharma V, Colleran G, Dineen B, Hession MB, Avalos G, Morrison JJ. Factors influencing delivery mode for nulliparous women with a singleton pregnancy and cephalic presentation during a 17-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 2009;147(2):173-7.
12. Gonzalez CM, Allshouse AA, Henry E, Esplin S, Metz TD. Factors influencing delivery mode in candidates for operative vaginal delivery in modern practice. *Obstet Gynecol.* mai 2014;123 Suppl 1:53S.
13. Morken N-H, Klungsoyr K, Magnus P, Skjærven R. Pre-pregnant body mass index, gestational weight gain and the risk of operative delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* juill 2013;92(7):809-15.

14. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* déc 1955;6(6):567-89. Cité par JP Schall. *Mécanique et techniques obstétricales.* Sauramps médical. 2007.
15. NHS. NICE Intrapartum care: Care of healthy women and her babies during childbirth. 2007.
16. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 1996
17. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 1996
18. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 1996
19. Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery.* mars 2014;30(3):364-70.
20. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 1996
21. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD009241.
22. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331.
23. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2002;186(5 Suppl Nature):S69-77.
24. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirovic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD009234.
25. O'Hana HP, Levy A, Rozen A, Greemberg L, Shapira Y, Sheiner E. The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* août 2008;21(8):517-21.
26. Eriksen LM, Nohr EA, Kjaergaard H. Mode of delivery after epidural analgesia in a cohort of low-risk nulliparas. *Birth Berkeley Calif.* déc 2011;38(4):317-26.

27. Stalla-Bourdillon A, Moyano G, Levenet S, Hoffmann C, Mercier F-J. Influence de l'analgésie locorégionale (ALR) sur la mécanique obstétricale- Conférence d'actualisation de la SFAR. 2013.
28. Haute Autorité de Santé. L'expression abdominale durant la deuxième phase de l'accouchement. 2007.
29. Verspyck E. Que penser de la pratique de l'expression abdominale en 2008 ? Gynécologie Obstétrique Fertil. déc 2008;36(12):1171-4.
30. Marpeau L. Traité d'obstétrique. Elsevier Masson; 2012. 2412 p.
31. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes? 2005.
32. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005.
33. Beucher G. Maternal morbidity after operative vaginal delivery. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2008;37 Suppl 8:S244-59.
34. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. J Adv Nurs. oct 2010;66(10):2142-53.
35. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs. avr 2004;46(2):212-9.
36. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses universitaires de France. Presses universitaires de France; 1997.
37. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. mars 2013;92(3):318-24.
38. Stevens NR. Perceived Control and Maternal Satisfaction with the Childbirth Experience. 2011.
39. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13:108.
40. Lomas J, Dore S, Enkin M, Mitchell A. The Labor and Delivery Satisfaction Index: The Development and Evaluation of a Soft Outcome Measure. Birth. 1 sept 1987;14(3):125-9.
41. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. BJOG Int J Obstet Gynaecol. déc 2009;116(13):1755-61.
42. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12:138.

43. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth Berkeley Calif.* juin 2002;29(2):83-94.
44. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ.* 16 avr 2005;330(7496):879.
45. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Predictors of postpartum post-traumatic stress disorder in primiparous mothers. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2012;41(6):553-60.
46. Bahl R, Strachan B, Murphy DJ. Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study. *BMJ.* 7 févr 2004;328(7435):311.
47. Zasloff E, Schytt E, Waldenström U. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(11):1328-36.
48. Aasheim V, Waldenstrom U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 févr 2013;13:53.
49. Rousset C. Projet de naissance : information aux femmes durant la grossesse : état des lieux sur l'élaboration d'un tel projet. 26 avr 2012
50. Fraser W, Vendittelli F, Krauss I, Bréart G. Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol.* févr 1998;105(2):189-94.
51. CNGOF. Episiotomy: recommendations of the CNGOF for clinical practice (December 2005). *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2006;34(3):275-9.
52. Dupuis O. Operative vaginal deliveries training. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37 Suppl 8:S288-96.
53. Furuta M, Sandall J, Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:125.
54. Pierre F, Jousse M. Medico-legal incidence of instrumental delivery. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37 Suppl 8:S276-87.
55. Murphy DJ, Pope C, Frost J, Liebling RE. Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study. *BMJ.* 15 nov 2003;327(7424):1132.
56. Kjaergaard H, Foldgast AM, Dykes A-K. Experiences of non-progressive and augmented labour among nulliparous women: a qualitative interview study in a Grounded Theory approach. *BMC Pregnancy Childbirth.* 28 juill 2007;7:15.

57. Diemunsch P, Mercier F-J, Noll E. Obstetric anaesthesia for instrumental vaginal delivery. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37 Suppl 8:S269-75.
58. Sentilhes L, Gillard P, Descamps P, Fournié A. Indications and prerequisites for operative vaginal delivery: when, how and where? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37 Suppl 8:S188-201.
59. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ.* 28 oct 2000;321(7268):1043-7.
60. Belanger-Levesque M-N, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier J-C. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open* 22 févr 2014

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patientes

Date de l'accouchement:
N° d'accouchement :
N° dossier :

Questionnaire

Madame,

Vous avez bénéficié dans le cadre de votre accouchement d'une extraction instrumentale (forceps, ventouse, spatules). Nous réalisons actuellement dans le service une enquête sur le vécu de ce type d'accouchement afin d'améliorer le confort des patientes et la prise en charge en salle de naissance.

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire entre le 1^{er} et le 4^{ème} jour après votre accouchement, en sachant que votre participation est totalement libre et que les résultats resteront anonymes.

Vous remerciant d'avance,

Victoria Mulot, interne de gynécologie-obstétrique

<u>Pendant la grossesse</u>	
1) Avez-vous suivi une préparation à l'accouchement?	Oui / Non
Si oui, de quel type?	<input type="checkbox"/> prépa classique <input type="checkbox"/> sage femme libérale <input type="checkbox"/> sophrologie <input type="checkbox"/> haptonomie <input type="checkbox"/> autre :
2) Aviez-vous déjà entendu parler de l'accouchement par forceps/ventouse?	Oui / Non
De quelle façon?	<input type="checkbox"/> En consultation avec mon obstétricien/ ma sage-femme/ mon médecin traitant <input type="checkbox"/> En cours de préparation à l'accouchement <input type="checkbox"/> Par des ami(e)s/ la famille <input type="checkbox"/> Sur Internet <input type="checkbox"/> Dans des livres sur la grossesse/ l'accouchement <input type="checkbox"/> Dans des émissions de télé <input type="checkbox"/> Autre
Ces informations vous avaient plutôt :	<input type="checkbox"/> Effrayée <input type="checkbox"/> Rassurée <input type="checkbox"/> Laissée indifférente
3) Aviez-vous déjà envisagé un accouchement par forceps/ventouse?	Oui / Non
4) Trouvez-vous nécessaire d'aborder ce sujet pendant la grossesse?	Oui / Non
Pourquoi?	_____ _____

Pendant le travail

- 5) Etiez-vous accompagnée par un proche? **Oui / Non**
Par qui? Conjoint
 Famille
 Ami(e)
 Autre:
- 6) Vous êtes-vous sentie efficacement soutenue :
- Par votre accompagnant? **Oui / Non**
- Par l'équipe médicale? **Oui / Non**
- 7) La péridurale vous a-t-elle bien soulagée? **Oui / Non**
- 8) Vous a-t-on expliqué clairement comment pousser? **Oui / Non**
- 9) Sentiez-vous correctement le bas de votre corps au moment de pousser? **Oui / Non**
- 10) Avez-vous eu l'impression d'un travail particulièrement long? **Oui / Non**
- 11) Comment vous sentiez-vous en fin de travail?
 En forme
 Un peu fatiguée
 Très fatiguée
 Complètement épuisée

Juste avant l'accouchement

- 12) L'obstétricien s'est-il présenté à vous? **Oui / Non**
- 13) Vous a-t-il expliqué le geste (raisons, modalités)? **Oui / Non**
Si oui, l'explication vous a-t-elle paru compréhensible? **Oui / Non**
- 14) Comment vous êtes-vous sentie lorsque l'obstétricien est intervenu?
(Entourez l'adjectif qui vous paraît le plus adapté)
- | | | | | |
|----------|----------|--------------|--------------|-------|
| Soulagée | Stressée | Indifférente | En confiance | Déçue |
| Effrayée | Rassurée | Inquiète | Sécurisée | |
- 15) Savez-vous quel type d'instrument a été utilisé?
 Forceps
 Ventouse
 Spatules
 Je ne sais pas
- 16) Pour quelle raison l'extraction a-t-elle été pratiquée?

Pendant l'accouchement

- 17) A-t-on demandé à votre accompagnant de sortir? **Oui / Non**
Etait-ce une bonne chose? **Oui / Non**
- 18) Avez-vous eu l'impression qu'il y avait trop de monde dans la salle? **Oui / Non**
L'ambiance dans la salle vous a semblé Calme
 Agitée
 Je ne sais pas
- 19) L'obstétricien vous a semblé plutôt Calme
 Rassurant
 Autoritaire
 Inquiet
 Indifférent
 Je ne sais pas
 Autre
- 20) Les consignes de l'obstétricien vous ont-elles paru compréhensibles? **Oui / Non**
Pensez-vous avoir pu y répondre efficacement? **Oui / Non**
- 21) Le geste en lui-même vous a-t-il paru douloureux ? **Oui / Non**
Sur une échelle de 0 à 10, notez votre douleur au moment de l'extraction
(0 = aucune douleur, 10 = douleur insupportable)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 22) Pendant l'extraction, vous avez l'impression d'avoir été :
 Très active
 Plutôt active
 Plutôt passive
 Complètement passive
- 23) Avez-vous eu peur? **Oui / Non**
Pour quelle raison?

- 24) Avez-vous eu l'impression de garder le contrôle de la situation? **Oui / Non**
- 25) Avez-vous ressenti un sentiment d'échec? **Oui / Non**
Pour quelle raison?

Juste après l'accouchement

- 26) A la naissance, avez-vous pu prendre votre enfant dans vos bras ? **Oui / Non**
Si non, avez-vous été rapidement informée de l'état néonatal de votre enfant? **Oui / Non**
- 27) L'obstétricien vous a-t-il donné d'autres informations concernant votre accouchement? **Oui / Non**

Pendant votre séjour en maternité

28) Avez-vous revu l'obstétricien/l'interne qui a fait l'extraction la sage-femme présente à l'accouchement **Oui / Non**
Oui / Non

29) Avez-vous pu parler de votre accouchement avec un membre de l'équipe ? **Oui / Non**
Avez qui? Obstétricien/ interne de gynécologie-obstétrique
 Pédiatre
 Sage-femme
 Psychologue
 Autre

30) Auriez-vous besoin d'en rediscuter? **Oui / Non**

Au total

31) Si vous avez suivi une préparation à la naissance, pensez-vous que ces cours vous ont aidé au moment de l'accouchement? **Oui / Non**

Si oui, comment? Meilleure connaissance technique du geste / Avoir moins peur de l'instrument
 Avoir moins mal
 Mieux se concentrer/ respirer/ pousser
 Autre

32) Concernant l'extraction instrumentale, votre vécu est:

- Très positif
- Plutôt positif
- Plutôt négatif
- Très négatif

Comparez votre vécu de l'extraction à l'idée que vous vous en faisiez avant l'accouchement :

- Cela correspond bien à ce que vous pensiez
- Votre vécu est meilleur que ce que vous pensiez
- Votre vécu est moins bon que ce que vous pensiez
- Vous n'aviez jamais pensé accoucher de cette façon

33) Pour vous, cet accouchement a été:

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

34) *A posteriori*, auriez-vous préféré une naissance par césarienne? **Oui / Non**

35) Selon vous, comment l'équipe soignante en salle de naissance aurait-elle pu améliorer votre vécu de l'accouchement?

Merci de votre participation

- EVA
 - Avant APD
 - Après APD
 - A l'expulsion.....
- Variété d'engagement
 - OIGA/ OIDA/ OIDP/ OIGP
 - rotation manuelle OUI / NON
 - réussite/échec
- Durée à dilatation complète
- Durée des efforts expulsifs
- **Extraction**
 - Heure de l'intervention
 - 8h-20h
 - 20h-2h
 - 2h-8h
 - motif d'extraction
 - anomalie du rythme d'expulsion
 - défaut de progression fœtale, fatigue maternelle
 - contre-indication aux manœuvres de Valsalva
 - type d'instrument Tarnier/Ventouse / Suzor /Spatules
 - hauteur de la présentation PH / PM /PB
 - nombre de poses
 - difficultés de pose/ échec d'instrument /changement d'instrument
 - ventouses: nombre de lâchages
 - traction douce / soutenue
 - durée de l'extraction
 - épisiotomie OUI / NON
 - déchirure OUI / NON
 - vaginale
 - périnéale grade 1, 2, 3, 4
 - dystocie/ difficulté aux épaules (Mc Roberts/Wood/ Jacquemier) OUI / NON
 - cordon
 - délivrance complète OUI / NON
 - DA/ RU OUI / NON
 - HDD OUI / NON
 - DA/RU/ révision sous valves OUI / NON
 - Quantitéml
 - Nalador OUI / NON
 - Transfusion OUI / NON
- **Post-extraction**
 - Etat néonatal
 - APGAR
 - pH au cordon
 - lactates
 - réanimation de l'enfant? OUI / NON durée..... / type.....
 - En salle d'accouchement/ En salle de réanimation bébé
 - Poids de naissanceg
 - PCcm
 - Séparation mère/enfant (hospitalisation réanimation/néonatalogie) OUI / NON
 - Séquelles traumatiques du nourrisson (plexus, PF, céphalématome, # clav) OUI / NON

Annexe 3 : Questionnaire destiné à l'obstétricien

Date de l'accouchement :
N° d'accouchement :
N° dossier :

Questionnaire à l'obstétricien

- Pour chaque extraction
 - Inclusion : primipare, ≥37SA, avec APD, naissance par ventouse ou forceps ou spatules, singletons, enfants nés vivants, avec ou sans dystocie des épaules, avec ou sans HDD
 - Exclusion : multipares (dont ATCD d'IMG ou de MFIU), <37SA, sans APD, naissance par césarienne, grossesses multiples, IMG/MFIU, malformations fœtales sévères ayant fait l'objet d'un diagnostic anténatal, patiente ne parlant pas français
- A remplir dans les 24 à 48h par la personne ayant réalisé l'extraction
 - Si changement de main, à remplir par les deux intervenants (Une fiche par intervenant)

1) Vous êtes:

- Interne
- Senior

2) Pensez-vous avoir pu expliquer clairement à la patiente les raisons et les modalités techniques de l'extraction? **Oui/ Non**

Si oui, à quel moment ? (plusieurs réponses possibles)

- avant
- pendant
- après l'extraction

Si non, pour quelle raison? (plusieurs réponses possibles)

- Urgence extrême
- Incompréhension maternelle (langue/ faible niveau de compréhension)
- Agitation/stress maternel
- Suractivité en salle de naissance
- Autre

3) La patiente vous a-t-elle semblé répondre/réagir de façon adaptée aux demandes techniques que vous avez formulées? (ex: bloquer, pousser, ...) **Oui/ Non**

4) L'extraction vous a-t-elle semblé techniquement difficile? **Oui/ Non**

5) Si changement d'opérateur en cours d'extraction, pour quelle raison?

6) Vous-êtes vous senti en difficulté (professionnelle, personnelle) face à cette situation obstétricale ? **Oui/ Non**

Motif: (plusieurs réponses possibles)

- Mauvais relationnel patiente
- Agitation, anxiété maternelle/ paternelle
- Geste difficile techniquement
- Difficultés avec l'équipe (bruit, agitation, désaccord, ...)
- Suractivité dans le service/ en salle
- Complication obstétricale/néonatale liée au geste
- Manque d'expérience
- Investissement affectif marqué (vis-à-vis de la patiente/du couple/de la situation)
- Autre

RESUME

Introduction : L'extraction instrumentale est une manœuvre obstétricale permettant d'extraire l'enfant par les voies naturelles au moyen d'un instrument (ventouse, forceps, spatules). S'imposant fréquemment dans un contexte d'urgence, elle cadre souvent mal avec les attentes parentales vis-à-vis de la naissance, et apparait particulièrement pourvoyeuse de vécus négatifs de l'accouchement. Nous avons souhaité comprendre quels déterminants (*pre, per* et *post-partum*) intervenaient dans le vécu d'un accouchement instrumental.

Matériel et méthodes : Cette étude prospective analytique unicentrique en maternité de niveau III, a inclus de septembre 2013 à juin 2014, 100 patientes primipares ayant accouché par extraction instrumentale à terme, sous analgésie péridurale. Un questionnaire, proposé en suites de couches, a permis de recueillir leur vécu de l'accouchement instrumental, en détail puis à l'aide d'une notation en 4 qualificatifs (de très positif à très négatif). Les données des dossiers médicaux et le ressenti de l'obstétricien ont également été recueillis pour chaque extraction. Nous avons ensuite recherché des facteurs de risque de vécu négatif de l'extraction instrumentale.

Résultats/Discussion : Dans notre population, 22% des patientes ont accouché par forceps, 72% par ventouse et 6% avec un changement d'instrument. Les patientes ont décrit un vécu négatif de l'extraction instrumentale dans 18% des cas. L'extraction par forceps et le sentiment de peur éprouvé par la patiente sont associés en analyse univariée à un moins bon vécu de l'extraction. En analyse multivariée, les facteurs de risque de vécu négatif sont : la douleur liée au geste, l'impression pour la mère de ne pas garder le contrôle de la situation, la difficulté technique de l'extraction éprouvée par l'obstétricien et les complications néonatales. Les complications maternelles (hémorragies de la délivrance, déchirures périnéales sévères) n'interfèrent pas dans le vécu de l'extraction instrumentale. Les patientes n'ont pas décrit de vécu différent, entre une extraction réalisée par un interne ou un obstétricien-senior. Les informations données aux patientes avant (préparation à la naissance), pendant et après l'accouchement (entretien en suites de couches) n'interviennent pas en faveur d'un meilleur vécu de l'extraction.

Conclusion : Notre étude a permis de mieux comprendre quels déterminants intervenaient dans le vécu de l'extraction instrumentale, afin de mieux accompagner, informer et soutenir ces femmes, notamment en présence de facteurs de risque de vécu négatif.

Mots-clés : extraction instrumentale, forceps, ventouse, vécu, accouchement