



HAL
open science

L'utilisation de la ventouse par les sages-femmes

Julia Perazio

► **To cite this version:**

Julia Perazio. L'utilisation de la ventouse par les sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03228568

HAL Id: dumas-03228568

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03228568v1>

Submitted on 18 May 2021

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.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPÉCIALITÉ : Maïeutique

Présenté par :
PERAZIO JULIA

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de Sage-femme**

L'Utilisation de la Ventouse par les Sages-Femmes

Soutenu le : 24 Septembre 2020
Directeur de mémoire : Claire DRAN

JURY

Mme Sophie, Baumann, Sage-Femme Enseignante, UVSQ
Mme Alice, Masson-Nguyen, Sage-femme Libérale
Mme Ingrid, Peirtsegaele-Bozec, Sage-Femme Libéral

Numéro national d'étudiant : 21603638

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Claire Dran, pour son aide précieuse, ses conseils et son investissement durant l'écriture de ce mémoire. Un immense merci pour ses nombreuses relectures, ses encouragements lors de ce projet, ainsi que pour tout ce qu'elle nous a appris au cours de nos études.

Je souhaite également remercier Anne Rousseau, pour son suivi, ses conseils et sa disponibilité durant ces quatre années, ainsi que toute l'équipe pédagogique.

Un immense merci à mes parents pour tout leur soutien durant ces années difficiles et sans qui je ne serais pas arrivée jusqu'ici. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Un grand merci à Marion Fourmond pour ses relectures, ses conseils et son aide durant l'écriture de ce mémoire. Merci d'avoir été une marraine formidable.

Merci à Lucile Deschamps, mon acolyte depuis toujours, pour notre amitié incroyable sans laquelle ces 22 années n'auraient pas été les mêmes. Merci pour le soutien moral, les fameux fous rires et bien plus encore.

Je remercie également Lucie Demeestere, son amitié, son soutien et son aide avec ce mémoire.

A special thank you to Carolyn Perazio, for my wonderful summer life in Maine, thank you for everything. I would also like to thank Christina Perazio for her help with my research and for her moral support during this project.

Merci à Nanou pour son soutien et son investissement constant durant mes études, ainsi que mes grand-parents, Leo et Jeanine. Je remercie toute ma famille d'avoir été impliqué tout au long de mes études. Merci à Jérôme Riera pour son aide et ses conseils.

Merci à mes amies de promotion, avec qui j'ai eu la chance de partager ces années d'étude.

A Gabriel Riera.

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VII
LEXIQUE.....	VIII
RÉSUMÉ.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCTION.....	1
1. PREMIÈRE PARTIE.....	2
1.1. Définitions et contexte.....	2
1.2. La ventouse obstétricale.....	3
1.2.1. Types de ventouses.....	4
1.2.2. Technique de pose.....	4
1.2.3. Contre-indications.....	5
1.2.4. Complications.....	5
1.2.5. Échec de la ventouse.....	6
1.2.6. Comparaison entre la ventouse et le forceps.....	7
1.3. Cadre légal.....	7
1.4. Rôle de la Sage-Femme.....	9
2. SECONDE PARTIE – ÉTUDE.....	13
2.2. Matériel et méthode.....	13
2.1.1. Objectifs et hypothèses.....	13
2.1.2. Type d'étude et outils méthodologiques.....	13

2.1.3. Déroulement de l'étude.....	14
2.1.3.1. Population étudiée.....	14
2.1.3.2. Modalités de recueil.....	15
2.1.4. Obligations éthiques et réglementaires.....	15
2.1.5. Analyse des entretiens.....	16
3. RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	17
3.1. Description générale de la population d'étude.....	17
3.2. Contexte d'utilisation de la ventouse.....	17
3.3. Circonstances d'utilisation de la ventouse.....	31
3.3.1. Disponibilité du médecin.....	31
3.3.2. Utilisation de la ventouse selon le type de maternité.....	33
3.4. Impact de l'ajout de la ventouse aux compétences des sages-femmes.....	38
3.4.1. Protection du périnée et réalisation de l'épisiotomie.....	38
3.4.2. Vécu de l'extraction par ventouse.....	40
3.4.3. Apport pour la profession.....	46
3.5. Limites et biais.....	48
3.6. Points forts de l'étude.....	48
3.7. Perspectives et évolution.....	49
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	57

Liste des figures

Figure 1 : Orientation de traction selon la variété de présentation

Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon le contexte dans lequel elles envisagent d'utiliser la ventouse

Liste des annexes

ANNEXE I : Les différents types de ventouses

ANNEXE II : Mise en place de la cupule et axes de traction

ANNEXE III : Enquête du CNOSF, Pratique de la ventouse, 2003

ANNEXE IV : Grille d'entretien

ANNEXE V : Lettre d'information et consentement à la participation à l'étude

ANNEXE VI : Entretien numéro 15 retranscrit en intégralité

ANNEXE VII : Entretien numéro 8 retranscrit en intégralité

ANNEXE VIII : Diagramme de répartition des sages-femmes selon le contexte dans lequel elles envisagent d'utiliser la ventouse

Lexique

ARCF	Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal
BSS	Bosse Séro-Sanguine
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CSP	Code de la Santé Publique
DARU	Délivrance Artificielle et Révision Utérine
HPPI	Hémorragie du Post-Partum Immédiat
OIDA	Occipito-Iliaque Droite Antérieure
OIDP	Occipito-Iliaque Droite Postérieure
OIDT	Occipito-Iliaque Droite Transverse
OIGA	Occipito-Iliaque Gauche Antérieure
OIGP	Occipito-Iliaque Gauche Postérieure
OIGT	Occipito-Iliaque Gauche Transverse
OP	Occipito-Pubien
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
RU	Révision Utérine
SA	Semaines d'Aménorrhée

RÉSUMÉ

Introduction

La ventouse est un instrument pouvant être utilisé lors d'un accouchement, que les sages-femmes ne sont pas habilitées à utiliser en France. A travers cette étude, nous nous sommes donc questionnés sur l'avis des sages-femmes concernant l'ajout de cette pratique à leur champ de compétences. Nous avons émis l'hypothèse qu'elles y seraient favorables dans un contexte bien défini, pouvant être qualifié de physiologique, ou lors de l'indisponibilité du médecin, selon le type de maternité et l'organisation du service et que selon elles cette utilisation aurait un avantage dans certaines situations.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude qualitative et réalisé 17 entretiens individuels semi-directifs auprès de sages-femmes exerçant dans 3 maternités de type IIB et de type III d'Île de France et de province, ainsi que des sages-femmes contactées indépendamment. Ces entretiens ont été réalisés de Juin 2019 à Octobre 2019.

Résultats

Notre étude a montré qu'une majorité des sages-femmes interrogées étaient favorables à l'utilisation de la ventouse, dans des contextes variables. La plupart pensent l'utiliser dans un contexte pouvant être qualifié de physiologique, mais un bon nombre l'envisagent également dans un contexte d'urgence afin de limiter un retard de prise en charge. Nous avons également trouvé que, selon elles, l'indisponibilité du médecin de garde influencerait cette pratique, notamment dans les maternités de type I, afin d'éviter un éventuel retard de prise en charge.

D'autres avantages à cette pratique concernant le vécu des patientes et la prise en charge du couple mère/enfant sont également ressortis au cours de notre étude.

Mots clés : Sage-femme, extraction instrumentale, ventouse, compétences, enquête.

ABSTRACT

Introduction

The vacuum extractor is an instrument which can be useful during delivery in certain situations. However, midwives are not permitted to use it in France, as opposed to other countries. In this study, we have asked ourselves what midwives think of adding this technique to their profession. We have hypothesized that they would be favorable to this idea, in very precise circumstances that could be defined as physiological, or if a physician is unavailable, according to the type of maternity or its organization and that certain advantages could arise from this practice.

Research methods

We have undertaken a qualitative study and conducted 17 individual, semi-directive interviews with midwives from type IIB and type III maternity wards in the Paris Region and in the provinces, as well as midwives which we have contacted independently. These interviews were led between June and October 2019.

Results

Throughout our study we have found that a majority of the midwives we have interviewed were open to using the vacuum extractor, in certain circumstances. Most of them see themselves using it in a context which can be qualified is physiological. But a fair number of them would rather consider using it in emergency situations, to reduce the delay in taking action. We have also found that, according to them, the physician's unavailability would be an important factor in their use of the vacuum extractor, especially in type I maternity wards, as to reduce any delay in care.

Other benefits to using the vacuum extractor were found. Midwives especially mentioned an advantage to this practice regarding the patient's experience during the delivery as well as the care given to both mother and child.

Key words : Midwife, operative delivery, vacuum extraction, skills, survey.

INTRODUCTION

La ventouse obstétricale est un instrument utilisé lors d'un accouchement par voie basse, lorsqu'il est nécessaire d'aider au dégagement de la présentation fœtale. La première ventouse fut créée en 1849 par James Young Simpson, inventeur de la « Suction Tractor ». Cependant, il n'y eut aucune preuve de son efficacité, et donc aucune utilisation clinique (1). Il faudra attendre 1955 avec l'invention du suédois Tage Malmström qui proposera un prototype de ventouse dont l'efficacité sera reconnue pour la première fois (2). Cette ventouse se diffusera ensuite rapidement dans différents pays d'Europe (2), mais de façon inhomogène. Depuis 1980, dans certains pays nordiques, nous retrouvons une utilisation quasiment exclusive de cet instrument qui sera préféré aux forceps (3). L'apparition de la ventouse fut d'abord progressive en France, où l'utilisation des forceps était majoritaire (4). Ce n'est qu'à partir de 2010 que la fréquence d'extractions réalisées par ventouse (5,3%) dépassa celui des forceps (3,9%). De nos jours, c'est donc un instrument régulièrement employé dans les maternités françaises (5). En effet, cet instrument est de plus en plus utilisé par les obstétriciens français du fait de la diminution du risque de lésions du scalp du fœtus ainsi que de séquelles maternelles (6). Enfin, des études réalisées auprès des internes de gynécologie-obstétrique français ont montré que la courbe d'apprentissage de la ventouse obstétricale est plus courte et moins complexe que celle des forceps, ce qui expliquerait aussi que l'utilisation de la ventouse soit de plus en plus privilégiée par les médecins (7).

Dans une première partie, nous effectuerons une revue de la littérature afin d'explorer l'utilisation de la ventouse obstétricale, le cadre légal et la place de cet instrument dans le métier de sage-femme. Nous présenterons ensuite notre étude, nos hypothèses de recherche et notre méthodologie. Enfin, nous terminerons sur nos résultats, que nous mettrons directement en lien avec notre discussion.

1. PREMIÈRE PARTIE – Données de la littérature

1.1. Définitions et Contexte

L'accouchement normal est qualifié par la Haute Autorité de Santé comme étant un accouchement qui « débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA)» (8).

Certains événements peuvent venir compliquer l'accouchement spontané par voie basse : des anomalies du rythme cardiaque fœtal, une absence de progression du fœtus en rapport avec des efforts expulsifs insuffisants (9), ou encore une contre-indication aux efforts de poussée. Si l'une de ces situations se présente, l'équipe obstétricale peut avoir recours à différentes méthodes pour aider à la naissance de l'enfant. Ces dernières sont l'extraction instrumentale ou la césarienne en urgence. La situation clinique orientera alors le choix du praticien vers la méthode la plus adaptée.

Il existe plusieurs types d'extractions instrumentales : par ventouse, par spatules et par forceps. En plus de la situation clinique, le choix de l'instrument dépend également des préférences de l'opérateur (10). Quelle que soit la méthode envisagée, il existe certains pré-requis communs à toute pose d'instruments. En effet, une extraction instrumentale nécessite que la patiente soit à dilatation complète, à membranes rompues, avec une présentation céphalique et engagée dans le bassin. Il faut également assurer une analgésie efficace de la patiente (10), ainsi qu'une proximité du bloc opératoire en cas d'échec de l'extraction (11).

Selon les Recommandations pour la Pratique Clinique (RCP) établies par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), les principales indications à l'extraction instrumentale sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal, faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale et une durée de trente minutes d'efforts expulsifs avec un Rythme Cardiaque

Fœtal (RCF) normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal (10,12).

D'après l'Enquête Nationale Périnatale Française de 2016, les extractions instrumentales représentent 32,6 % des naissances par voie basse. La ventouse est l'instrument principalement utilisé et représente 49,8 % des naissances par voie basse instrumentale, devant les forceps et les spatules (13).

1.2. La ventouse obstétricale

Dans le cadre d'une indication d'extraction instrumentale, la ventouse obstétricale « est un instrument de flexion, de traction limitée et de rotation induite ». Son utilisation est indiquée en cas d'arrêt de progression de la tête fœtale en particulier s'il est associé à un défaut de flexion et une absence de rotation ; c'est une aide à l'expulsion en cas de fatigue maternelle, d'inertie utérine en complément d'oxytociques et d'une suspicion de « souffrance aiguë fœtale » (14). Cette méthode ne doit pas remplacer les efforts de poussée, elle doit être utilisée comme une aide ou un accompagnement à l'expulsion. En effet, lors d'une extraction par ventouse la participation maternelle est indispensable (15). De ce fait, l'indication d'extraction doit être bien posée, avec la possibilité de pouvoir réaliser une césarienne rapidement en cas d'échec (16). La durée d'application de la ventouse doit être inférieure à vingt minutes. Une absence de progression de la présentation après six contractions ainsi que trois lâchages de la cupule correspondent à un échec et doivent faire renoncer l'opérateur (10).

1.2.1 Types de ventouses

Il existe différents types de ventouses : les ventouses à cupule métallique, les ventouses à cupule non métallique et la ventouse à usage unique : ventouse Kiwi®, (Annexe I).

Il existe également différents systèmes d'aspiration : le moteur d'aspiration électrique et le système d'aspiration manuel (16). Dans le cas de la ventouse Kiwi®, une pompe manuelle est directement intégrée à l'instrument.

Concernant cette dernière, il est possible de l'utiliser pour toutes les variétés de présentation, à partie moyenne et partie basse (16).

1.2.2 Technique de pose

La pose d'une ventouse nécessite une connaissance parfaite de la mécanique obstétricale (16) et de la présentation fœtale. En effet, selon l'orientation de la présentation, la position de la cupule et l'angle de flexion réalisé par le praticien seront différents (17). Une échographie peut être réalisée en cas d'incertitude de la variété de présentation.

La ventouse doit être posée entre deux contractions, en la glissant vers l'occiput fœtal à trois centimètres de la fontanelle postérieure. Le premier palier de dépression sera réalisé de préférence pendant une contraction, après vérification qu'aucune partie molle ne se retrouve prise entre la cupule et le scalp (16). Les tractions légères seront ensuite réalisées en synergie avec les contractions utérines et le tout sera renforcé par les efforts expulsifs maternels (16) (Annexe II). Entre deux contractions, aucun effort de traction ne doit être réalisé, mais uniquement un maintien de la présentation au niveau obtenu lors de la dernière poussée (18). La ventouse n'augmente pas le diamètre de la présentation et peut rester en place jusqu'à la fin du dégagement (18).

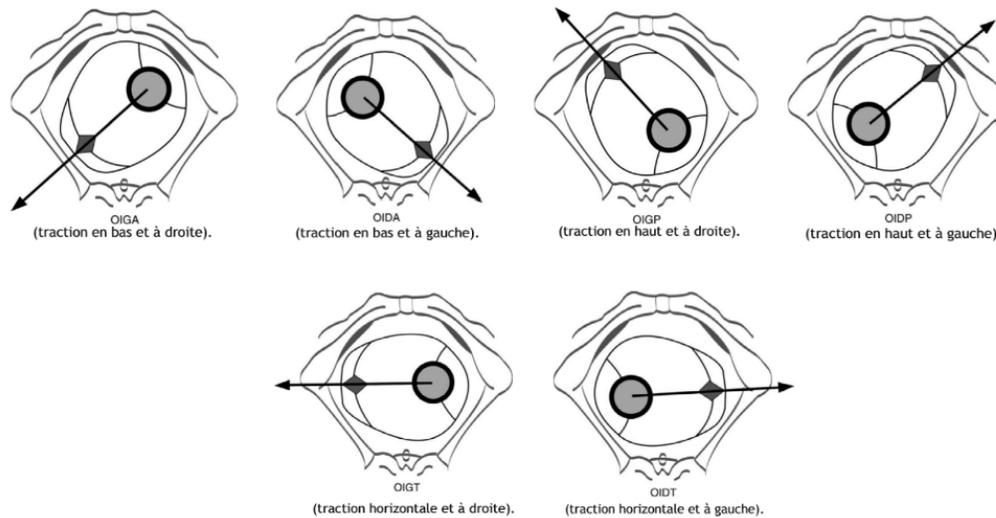


Figure 1 : Orientation de traction selon la variété de présentation (14)

1.2.3 Contre-indications

Comme pour tout geste ou intervention médicale, l'extraction par ventouse comporte des contre-indications. Celles-ci sont une prématurité inférieure à 34 SA, une présentation de la face, du front, du siège ou transverse, une dilatation cervicale incomplète, une variété de présentation inconnue, la présence d'une Bosse Séro-Sanguine (BSS) importante, une anesthésie générale ou une non-participation maternelle, un syndrome hémorragique du nouveau-né, une disproportion fœto-maternelle et une suspicion de macrosomie fœtale (14).

1.2.4 Complications

Il existe des complications materno-fœtales liées à la pose de la ventouse. Au niveau maternel, elles sont liées uniquement à un mauvais contrôle du dégagement ou à une mauvaise vérification de la pose de l'instrument. Ce sont principalement des atteintes vaginales, vulvaires ou périnéales et plus rarement des lésions périnéales de grade IV ou des lésions cervicales (14). Leur risque de survenue est similaire quel que soit le type de ventouse utilisée (19.20).

Outre le côté maternel, la pose de la ventouse peut engendrer des complications fœtales notables dues à la pression exercée par l'instrument. Celles-ci sont les bosses séro-sanguines, les excoriations du cuir chevelu, le décollement cutané localisé, le céphalématome et l'hématome sous-cutané diffus du cuir chevelu (14). Ce dernier est plus rare mais représente une urgence pédiatrique, contrairement aux lésions précédentes. Il peut se traduire par une hémorragie induisant un choc hypovolémique chez le nouveau né, nécessitant donc une prise en charge réanimatrice d'urgence. (21)

La pose de ventouse présente donc des risques non négligeables pour la mère et le nouveau-né, ce qui nécessite un opérateur ayant une connaissance approfondie des indications et de la technique de pose de l'instrument.

1.2.5 Échec de la ventouse

La pose d'une ventouse peut parfois échouer. Plusieurs facteurs de risques d'échec de l'extraction par ventouse ont été retrouvés. Ceux-ci sont le dépassement de terme, la présence d'une bosse séro-sanguine, un asynclitisme et un niveau d'engagement au détroit supérieur ou un doute sur l'engagement de la présentation (22).

L'échec d'une pose de ventouse, suivi par un second mode d'extraction aboutit à une augmentation de la morbidité fœtale (23), d'où l'importance de bien poser l'indication de ventouse. En effet, dans une situation d'extrême urgence telle que des anomalies du rythme cardiaque sévères chez un fœtus non engagé ou tout juste engagé au détroit supérieur du bassin, il ne serait pas judicieux d'envisager une extraction par ventouse. Au contraire, cela aboutirait probablement à une perte de temps dans une situation où une naissance rapide est primordiale (24).

1.2.6 Comparaison entre la ventouse et les forceps

Le choix de l'instrument dépend souvent de la préférence de l'opérateur. Une revue de la littérature a permis une comparaison des deux instruments. D'après celle-ci, la ventouse serait l'instrument préconisé pour une extraction à partie moyenne d'une présentation céphalique transverse ou postérieure, afin d'aider la flexion et permettant la rotation de la présentation. De plus, il semblerait que l'enseignement de la ventouse soit plus aisé que celui des forceps. Concernant les complications, il y en aurait moins du point de vue maternel lors d'une extraction par ventouse, avec moins de lésions de grade I et II, d'épisiotomies, de lésions cervicales et d'atteintes du sphincter anal. De plus, malgré une douleur identique au moment de l'extraction, il semblerait qu'avec l'utilisation d'une ventouse, il y aurait moins de douleur périnéales dans les 24 heures suivant l'accouchement. A long terme il y aurait également plus d'incontinences anales associées à l'extraction par forceps que par ventouse (25).

En l'absence d'une analgésie maternelle, il semble préférable d'utiliser la ventouse, plutôt que d'induire une anesthésie générale et préférer une extraction par forceps. Et cela malgré une durée d'extraction légèrement plus rapide lors de la pose de forceps et des échecs de pose moins fréquents qu'avec la ventouse. Concernant le côté néonatal, la morbi-mortalité semble être identique quel que soit l'instrument utilisé (25).

Ainsi, les résultats de cette étude suggèrent une préférence à l'utilisation de la ventouse pour le côté maternel, mais ne montrent pas de différence entre les deux instruments concernant le pronostic fœtal (25).

1.3. Cadre légal

En France, les extractions instrumentales et plus précisément l'utilisation de la ventouse n'entrent pas dans le champ de compétences des sages-femmes.

Selon l'article du Code de la Santé Publique (CSP) L4151-1, « *l'exercice de la*

profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » (26). L'article L4151-3 précise que « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. » (27).

L'article R4127-318 CSP vient préciser un certain nombre d'actes que la sage-femme est autorisée à effectuer, cependant la pose de ventouses n'en fait pas partie. En revanche, cet article précise que la sage-femme est autorisée à pratiquer les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée (28). Cela ne s'appliquant pas dans le cas d'un accouchement dystocique, la sage-femme n'a donc pas de droit de pratiquer l'extraction instrumentale, même sous la prescription d'un médecin. Ainsi, le champ de compétence de la sage-femme est clairement défini par la loi et le règlement et celle-ci est dans l'obligation de le respecter.

Cependant, une exception existe permettant à certains professionnels d'effectuer des actes en dehors du champ de compétences établi par la loi. En effet, dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) concernant la coopération entre professionnels de santé : l'article L.4011-1 CSP indique que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L.4011-2 et L.4011-3* ». L'article L.4011-2 CSP décrit que « *les professionnels de santé soumettent à l'Agence Régionale de Santé des protocoles de coopération, qui vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de Santé.*

Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. » (29).

De plus, l'article L.4011-3 CSP mentionne que *« les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'Agence Régionale de Santé. L'agence vérifie [...] qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation. » (28).*

Cela permet donc à certaines sages-femmes de pratiquer les extractions par ventouse, après avoir été formées par un médecin compétent. C'est notamment le cas à Mayotte (30) .

1.4. Rôle de la Sage-Femme

Dans certains pays étrangers tels que le Royaume-Uni (31) et les États-Unis, les sages-femmes sont formées à l'utilisation de la ventouse (32). Elles ont déclaré que cette compétence apportait un bénéfice dans certaines situations (33), notamment lorsqu'une prise en charge rapide est nécessaire pour réduire le risque de complications neurologiques du nouveau-né. De plus, un article de la littérature anglaise souligne l'importance du rôle de la sage-femme lors des extractions par ventouse. Selon cet article, les sages-femmes ont un rôle primordial afin de permettre le meilleur vécu possible pour les patientes lors d'une extraction par ventouse. En effet, leur accompagnement rendrait la prise en charge moins inquiétante pour ces patientes (34).

Une étude anglaise a évalué un cursus dédié aux sages-femmes en Angleterre souhaitant apprendre l'utilisation de la ventouse et a recueilli leur témoignage une fois la pratique acquise. Les sages-femmes ont remarqué que lorsqu'elles posent la ventouse elles-mêmes, l'environnement en salle de naissance était plus calme et donc

moins angoissant pour la patiente. Cela paraît moins interventionnel et plus doux car la présence de la sage-femme représente une situation normale pour la patiente et lui laisserait donc un meilleur vécu de l'extraction. Elles ont également évoqué un « meilleur travail de groupe avec la patiente » et une augmentation de la satisfaction de la sage-femme d'avoir réalisé un suivi complet de la patiente. Enfin, elles disent avoir plus confiance dans leur pratique et leur gestion du travail prolongé depuis qu'elles ont la capacité de pratiquer la ventouse (35).

Une sage-femme ayant suivi ce cursus dit qu'elle ne pose pas plus de ventouses maintenant qu'elle en a la possibilité, s'il n'y en a pas l'indication. Selon elle, les sages-femmes sont formées de façon à privilégier un accouchement spontané et se réjouissent quand cela est le cas. Elle dit n'avoir jamais réalisé une ventouse sans qu'elle soit absolument nécessaire. Concernant la crainte que ce geste soit un dépassement de compétences pour la sage-femme, elle répond que c'est une question d'opinion. En effet, quelques années auparavant les sages-femmes n'avaient pas le droit de réaliser la suture périnéale alors que de nos jours plus personne ne verrait cela comme dépassant les compétences d'une sage-femme (36).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également envisagé l'ajout de la pratique de la ventouse aux compétences des sages-femmes. En effet, elle a publié des recommandations sur l'optimisation des rôles du personnel de santé afin d'améliorer l'accès aux interventions. Concernant la santé maternelle et néonatale, elles mentionnent l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes et recommandent d'envisager cette option dans le cadre d'une surveillance et d'une évaluation ciblée. Selon l'OMS, « *Les données relatives à l'efficacité de l'extraction par ventouse obstétricale pratiquée par les sages-femmes pendant l'accouchement sont insuffisantes et l'acceptabilité de cette intervention est incertaine. Toutefois, cette intervention est probablement réalisable et pourrait contribuer à réduire les inégalités en étendant les soins aux populations mal desservies* » (37).

En effet, la pénurie de personnel soignant s'observe dans de nombreuses régions du monde et notamment à Mayotte (30) où les sages-femmes pratiquent la ventouse Kiwi® (Annexe I) pour pallier le manque de médecins. Le Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028 (30) a été mis en place dans l'objectif de sécuriser l'accouchement et la naissance dans les maternités, avec la mise en œuvre de protocoles renforcés concernant la pose de ventouse par les sages-femmes. Dans le cadre de ce projet de santé, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Mayotte favorise donc la formation continue des sages-femmes pour la pose de ventouse. Cette dernière est mise en place en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion (38).

De plus, une étude réalisée en 2013 publiée dans l'Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (AOGS) montre que la morbidité liée à l'utilisation de la ventouse est équivalente, qu'elle soit pratiquée par une sage-femme ou par un médecin. En effet, l'incidence des déchirures périnéales de 3ème et de 4ème degré n'est pas augmentée d'un groupe à l'autre. L'étude conclut également que la présence en salle de naissance de sages-femmes pratiquant la ventouse permet une amélioration de la prise en charge et une meilleure continuité des soins (39).

En Suède, les sages-femmes sont également habilitées à utiliser la ventouse, notamment en situation d'urgence lorsque le médecin n'est pas disponible. Cependant, il a été noté qu'au cours des dernières années, le taux d'extractions par ventouse réalisées par les sages-femmes a diminué au sein de certains établissements. La cause de cette diminution n'a pas été retrouvée dans la littérature. Selon cet article, les recommandations suédoises concernant la ventouse ne sont pas nationales, chaque hôpital établit alors ses propres protocoles, ce qui rend donc impossible de savoir si cette tendance est représentative de la pratique du pays. Or, la question se pose de savoir s'il faut une limite minimum de réalisation de ce geste pour être considéré comme un opérateur compétent (40).

En France, des études portant sur la pratique de la ventouse par les sages-femmes ont été réalisées, dont une par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) en 2004. A l'issue de cette étude, une majorité (69,1%) des sages-femmes ayant répondu au questionnaire étaient opposées à l'utilisation de la ventouse (Annexe III). Les raisons principales de cette opposition étaient, par degré d'importance : la peur de voir les médecins se déplacer de moins en moins, l'augmentation du risque médico-légal sans contrepartie, une pratique contraire à la physiologie et une augmentation du risque de céphalématomes (41).

De plus, dans le cadre de son mémoire soutenu en 2016 , une étudiante sage-femme a également interrogé des sages-femmes sur l'utilisation de la ventouse en tant qu'alternative possible à l'expression utérine. De nouveau, nous retrouvons une majorité de refus. En effet, 53,2 % des sages-femmes ayant répondu au questionnaire étaient opposées à l'idée d'ajouter à leurs compétences l'utilisation de la ventouse (42). Ces résultats sont contradictoires avec les effets bénéfiques retrouvés dans la littérature et les pratiques internationales vues précédemment. D'autant plus que les compétences des sages-femmes connaissent une réelle évolution depuis plusieurs années. Tout en sachant que les sages-femmes sont des professionnelles de santé expertes de la mécanique obstétricale, de par leur formation et leur activité. Comme nous l'avons vu précédemment, une connaissance parfaite de la mécanique obstétricale est nécessaire à la bonne utilisation de la ventouse.

Il serait donc intéressant de réévaluer l'opinion des sages-femmes aujourd'hui et de comprendre pour quelles raisons les sages-femmes françaises avaient plutôt tendance à être opposées à cette pratique, sachant qu'elle existe dans de nombreux pays étrangers ainsi que sur certains territoires français. Ainsi nous sommes-nous posé la question suivante :

Quel est l'avis des sages-femmes concernant leur éventuelle pratique de la ventouse au détroit inférieur?

2. SECONDE PARTIE – ÉTUDE

2.1. Matériel et méthode

2.1.1 Objectifs et Hypothèses

Le métier de sage-femme a connu un certain nombre de modifications depuis ces dernières années, et le champ de compétence s'élargit régulièrement. Dans ce contexte, l'objectif de notre mémoire était d'évaluer l'opinion actuelle des sages-femmes concernant leur utilisation de la ventouse ainsi que l'éventuel ajout de cette pratique à leur champ de compétence. Ainsi, nous avons cherché à comprendre comment l'avis des sages-femmes concernant leur utilisation de la ventouse avait évolué depuis la réalisation des dernières enquêtes.

Nos hypothèses étaient les suivantes :

- Les sages-femmes seraient favorables à l'utilisation de la ventouse dans un contexte physiologique.
- Les sages-femmes seraient favorables à l'utilisation de la ventouse selon le type de service dans lequel elles exercent.
- Selon les sages-femmes, il existerait des avantages à ce qu'elles utilisent la ventouse dans certains contextes.

2.1.2 Type d'étude et outils méthodologiques

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative transversale à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes exerçant en salle de naissances, en région Parisienne et en province afin d'obtenir des réponses variées et d'atteindre le seuil de saturation.

Nous avons élaboré une grille d'entretien (Annexe IV) comprenant quatre parties, nous permettant d'explorer les thématiques suivantes :

- La démographie : âge, sexe, année de diplôme, type exercice (service et type de maternité).
- Les connaissances générales sur la ventouse : observation, pratique, connaissances théoriques, avis sur la pratique.
- L'avis concernant la compétence, son ajout au métier et les circonstances légitimes ainsi que les limites dans lesquelles les sages-femmes pourraient utiliser cette méthode.
- Les circonstances de son utilisation (type de maternité, disponibilité des médecins) et ses conséquences (bénéfices et risques) si la ventouse s'ajoute aux compétences des sages-femmes.

Nous avons testé notre grille d'entretien auprès d'une sage-femme entrant dans la population étudiée. Cet entretien n'a pas engendré de modifications particulières de notre grille, nous l'avons donc intégré à notre étude.

2.1.3 Déroulement de l'étude

2.1.3.1 Population étudiée

Nous avons réalisé 17 entretiens entre Juin et Octobre 2019, auprès de sages-femmes exerçant au sein de plusieurs centres hospitaliers : une maternité de type IIB et une maternité de type III de la Région Parisienne ainsi qu'une maternité de type III de province. Nous avons également mené trois entretiens auprès de sages-femmes que nous avons contactées indépendamment de leurs lieux d'exercice, choisies pour leur connaissance personnelle de notre sujet et leur apport de réponses pertinentes à notre étude.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient des sages-femmes diplômées d'état, exerçant en milieu hospitalier, en salle de naissance ou ayant exercé en salle de naissance durant une majeure partie de leur carrière. Ces critères ont été sélectionnés

afin de s'assurer que la population étudiée détienne des connaissances suffisantes concernant la pratique et une expérience clinique personnelle permettant des réponses éclairées concernant la question étudiée.

2.1.3.2 Modalités de recueil

Avant de débiter chaque entretien, une information générale concernant l'objectif et les modalités de l'étude a été donnée oralement, ainsi que par le biais d'une lettre d'information (Annexe V), aux sages-femmes ayant accepté d'être interrogées. Leur consentement écrit à la participation à l'étude et à l'enregistrement a été récupéré avant de débiter chaque entretien. Ces derniers ont duré entre 7 et 36 minutes. Les réponses ont été retranscrites de manière exhaustives et analysées à posteriori. Nous avons interrompu la réalisation des entretiens une fois la saturation des résultats obtenue.

2.1.4 Obligations éthiques et réglementaires

Pour réaliser cette étude, nous avons préalablement demandé l'accord de la sage-femme coordonnatrice et du chef de service de chaque centre hospitalier choisi afin de pouvoir réaliser des entretiens auprès des sages-femmes au sein des établissements hospitaliers, lorsque cela était le cas.

De plus, nous avons également recueilli l'accord écrit des sages-femmes interrogées ainsi que leur autorisation à la réalisation d'un enregistrement afin d'obtenir une retranscription fiable, exhaustive et objective des entretiens. Le document d'information et d'autorisation à la participation à l'étude se trouve en Annexe V.

Nous avons garanti l'anonymat des sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude en retirant toute donnée énoncée lors des entretiens qui rendrait un individu ou un établissement de santé identifiable lors de la retranscription des entretiens.

Nous leur avons également garanti la destruction des enregistrements effectués lors de l'étude, une fois les données analysées.

Les sages-femmes disposaient également d'un droit de rétractation, auquel cas les données reçues au cours de l'entretien n'auraient pas été utilisées dans notre analyse.

2.1.5 Analyse des entretiens

Suite à la retranscription des entretiens, nous avons effectué une analyse question par question en effectuant des croisements entre les différents entretiens afin de mettre en évidence les similitudes et les récurrences dans les réponses données par les sages-femmes. Cela nous a également permis de faire émerger les différences et les spécificités de chaque discours, ainsi que des contradictions au cours de certains entretiens. Nous avons regroupé les idées répondant à chacune de nos hypothèses afin de pouvoir les confirmer ou les infirmer. Nous avons ensuite analysé conjointement les questions répondant à une thématique similaire. Nous avons cité les extraits issus des entretiens nous paraissant les plus pertinents pour notre étude. De plus, deux entretiens ont été reproduits en intégralité en annexe (VI et VII).

Nous avons fait le choix de reporter nos résultats, de les analyser et de les discuter dans un même temps afin d'obtenir une fluidité de l'étude. Ceci est une méthode régulièrement employée lors des études qualitatives (43).

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

3.1. Description générale de la population d'étude

La population étudiée est composée de 17 sages-femmes, toutes de sexe féminin. La moyenne d'âge de notre population est de 34 ans, avec des âges allant de 24 à 49 ans. Le temps d'exercice moyen est de 10,9 ans, allant de 3 mois à 24 ans d'expérience, toutes exerçant dans des établissements publics, avec 10 sages-femmes exerçant en type IIB et 7 exerçant en type III. Nous avons interrogé 14 sages-femmes travaillant en région Parisienne et 3 sages-femmes travaillant en province. Les sages-femmes de province travaillent toutes dans une maternité de type III.

3.2. Contexte d'utilisation de la ventouse : Hypothèse 1

La pose de la ventouse n'est pas enseignée en détail lors de la formation des étudiants sages-femmes, mais c'est un geste réalisé fréquemment au sein des maternités.

En effet, toutes les sages-femmes interrogées au cours de cette étude ont eu l'occasion d'observer plusieurs poses de ventouse depuis qu'elles sont en activité. C'est donc une pratique qui fait partie du quotidien de la sage-femme exerçant en salle de naissances. Comme nous le savons, les sages-femmes n'utilisent actuellement pas la ventouse car leur domaine d'expertise reste la physiologie. Or, nous avons émis l'hypothèse que les sage-femmes pourraient envisager d'utiliser la ventouse dans le cadre d'un contexte physiologique. Ce serait dans une situation où la grossesse, le travail et le début des efforts expulsifs sont restés normaux, que le rythme cardiaque fœtal ne montre pas d'anomalies et une présentation céphalique engagée à partie basse qui ne progresse pas pour des raisons qui ne sont pas estimées comme étant pathologiques. Par exemple, une inefficacité des efforts expulsifs ou une fatigue maternelle. Dans ce cadre-là, nous pensons que la sage-femme pourrait légitimement utiliser la ventouse si celle-ci est indiquée.

Sur les 17 sages-femmes que nous avons interrogées, 14 se pensent capables de réaliser ce geste, sachant que sur les 11 d'entre-elles n'ayant jamais réalisé de ventouses, 8 se sentent capable de le faire. Certaines l'ont décrit comme étant « *le prolongement de la main de l'accoucheur* ».

Sage-femme N°7 : « *Je pense que oui c'est pas le geste le plus compliqué [...] oui je pense que je peux le faire* »

C'est un geste que la majorité de ces sages-femmes n'ont jamais réalisé, uniquement observé. Il semble donc être à la portée des sages-femmes, et sa réalisation faisable sans trop de difficulté, suite à une formation complète et détaillée de l'utilisation de cet instrument.

Parmi ces 17 sages-femmes, 6 ont déjà eu l'occasion de poser la ventouse elles-mêmes. Toutes étaient à l'aise avec le geste et ne l'ont pas trouvé techniquement difficile à réaliser.

Sage-femme N°17 : « *Techniquement je n'ai pas le souvenir d'avoir trouvé ça difficile effectivement d'aller aider à fléchir la tête et effectivement de pouvoir accompagner la sortie de la présentation fœtale [...] je ne me suis pas sentie en danger ni dangereuse quand je faisais une ventouse même seule auprès de la patiente* ».

En plus d'avoir trouvé le geste simple à réaliser, certaines ont trouvé que la possibilité de pratiquer l'instrument était en elle-même une expérience positive.

Sage-femme N°16 : « *C'était très agréable en fait de ne pas faire appel à un obstétricien pour venir faire la ventouse, voilà de faire nous-même la ventouse parce que la ventouse en fait prolonge complètement la main de l'accoucheur[...]j'ai trouvé que c'était très agréable d'être en autonomie en fait de pouvoir faire comme ça* ».

Les sages-femmes ayant eu l'occasion de réaliser ce geste nous confirment donc sa faisabilité. Nous pouvons donc conclure que, selon les sages-femmes interrogées, elles se sentent capables de poser des ventouses obstétricales, soit après

avoir reçu une formation adaptée, soit parce qu'elles l'ont déjà fait et que cela ne leur a pas posé de problèmes particuliers.

Nous savons que la sage-femme est au cœur de la physiologie. Nous leur avons donc demandé si elles pensaient qu'il existait des situations où la ventouse pouvait entrer dans un cadre physiologique. En réponse à cette question, 10 sages-femmes sur les 17 interrogées pensent que dans un contexte précis la ventouse peut entrer dans la physiologie.

Sage-femme N°6 : *« Les ventouses qu'on fait pour insuffisance des efforts, il n'y a rien de pathologique, il y a juste une fatigue maternelle qui fait qu'il y a une prolongation des efforts expulsifs. [...] Je pense que oui ça peut rentrer dans le cadre de la physiologie. »*

Celles-ci ont défini ce contexte principalement comme étant une situation où le mobile fœtal est engagé partie basse, en cas de non progression due à une fatigue maternelle ou une inefficacité des efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal normal.

Sage-femme N°17 : *« Je trouvais relativement physiologique d'accompagner lorsqu'il y a pas d'anomalies du rythme, lorsque la patiente pousse depuis un petit peu plus d'une demi-heure et qu'on sent que la tête a besoin de très peu de millimètres pour effectivement être amenée à sortir de manière physiologique [...] dans ce contexte là je me dirais que réaliser une ventouse est sécuritaire et pour la patiente et pour la sage-femme et pour l'enfant bien évidemment »*.

Dans ce cadre-là, l'utilisation de la ventouse est vue comme une aide maternelle et de flexion de la tête fœtale.

Sage-femme N°16 : *« Si vous avez juste une présentation qui bloque un peu sur les épines ou une femme qui se fatigue un peu ou un périnée un peu tonique et que vous voulez amplifier tranquillement et bah la ventouse c'est un instrument qui est assez extraordinaire »*.

Bien que la ventouse ne soit pas un dégagement entièrement spontané, elle reste moins invasive que d'autres instruments selon les sages-femmes. En effet, comme nous avons pu le voir dans notre première partie, les extractions par ventouse engendreraient moins de complications que les extractions par forceps (25). Ce qui nous permet donc d'envisager que celle-ci pourrait prendre une place dans un contexte qui reste physiologique.

Sage-femme N°4 : « *La ventouse c'est une extraction instrumentale mais c'est pas pareil je trouve que c'est moins invasif que des spatules. C'est une aide pour moi* ».

Nous pouvons en conclure que, dans ce contexte-là, les sages-femmes interrogées se voient réaliser une ventouse. Elles ont par ailleurs, défini d'elles-mêmes le contexte dans lequel cette pratique était envisageable, sans que nous le leur suggérions. D'après elles, l'utilisation de la ventouse devrait se limiter à l'inefficacité des efforts expulsifs, un défaut de progression, ou une fatigue maternelle, lorsque la présentation fœtale est basse, ce qui correspondrait à une situation clinique physiologique. Leurs réponses viennent donc confirmer une partie de l'hypothèse que nous avons émise : les sages-femmes interrogées seraient plutôt favorables à une utilisation de la ventouse dans un contexte physiologique.

Les autres sages-femmes interrogées (7/17) ont répondu que la ventouse ne pouvait pas entrer dans le domaine de la physiologie. En effet, selon elles, dès lors qu'une extraction instrumentale est réalisée, cela entre dans le domaine de la pathologie.

Sage-femme N°7 : « *Pour moi à partir du moment où c'est une extraction instrumentale c'est qu'il y a pathologie* ».

Cependant, sur ces 7 sages-femmes, 4 ont répondu ultérieurement que la ventouse devrait faire partie des compétences des sages-femmes. Ainsi, elles seraient prêtes à la pratiquer malgré le fait qu'elles l'estiment comme ne relevant pas de la physiologie.

De plus, la sage-femme est également confrontée à la pathologie dans sa pratique. Par exemple, elle est présente dans le service de Grossesses à Haut Risque ainsi qu'aux Explorations Fonctionnelles. La pathologie entre donc jusqu'à une certaine limite dans le métier de la sage-femme. Concernant l'utilisation de la ventouse, certaines sage-femmes interrogées ont discuté cette idée :

Sage-femme N°2 : *« Je pense que ça compléterait parce qu'on est dans la physiologie ça c'est sûr mais on est quand même aussi dans le médical donc on touche quand même à la patho. Là c'est toucher à la pathologie sans passer la limite de la pathologie donc là où on serait hors compétence ».*

En effet, dans le discours des personnes interrogées, nous retrouvons cette notion de présence de la sage-femme lors de situations passant de la physiologie à la pathologie.

Sage-femme N°5 : *« Je pense que ça compléterait parce que on a beau dire que la sage-femme est responsable de la physiologie on encadre quand même on est toujours présent quand il y a de la pathologie et on encadre ça. »*

Le métier connaît notamment une évolution depuis ces dernières années, avec un champ de compétences qui s'élargit.

Sage-femme N°11 : *« Je pense que de plus en plus ça évolue et qu'on évolue aussi techniquement, médicalement aussi et je pense que ça peut prendre une place »*

Sachant donc que la pathologie est présente jusqu'à un certain degré dans la pratique de la sage-femme, la majorité des sages-femmes interrogées pensent que la ventouse peut entrer dans un cadre physiologique et ainsi faire partie du domaine d'action des sages-femmes. Cela est d'ailleurs le cas lors d'un non décollement placentaire avec la pratique de la Délivrance Artificielle et Révision Utérine (DARU). La sage-femme procède au décollement artificiel du placenta lorsque celui-ci n'est pas expulsé en temps voulu. Le non décollement du placenta n'est pas une situation physiologique, où la sage-femme intervient pourtant. Cela pourrait être identique

pour une pose de ventouse réalisée dans un contexte précis appartenant au domaine de la physiologie. C'est dans ce contexte de physiologie que la majorité des sages-femmes interrogées lors de notre étude ont répondu être favorables à la pose de la ventouse.

Dans un autre contexte, nous pouvons également mettre en lien l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes avec certaines situations où la sage-femme réalise des gestes d'urgence en l'attente du médecin afin d'éviter un retard de prise en charge. Par exemple, lors d'une Hémorragie du Post Partum Immédiat (HPPI), la sage-femme est habilitée à réaliser une Révision Utérine (RU) en attendant l'arrivée du médecin afin de pouvoir prendre en charge rapidement cette situation d'urgence, parfois vitale. Ceci pourrait être transposé à une utilisation de la ventouse en l'attente du médecin dans un contexte d'ARCF lors de l'expulsion avec une présentation engagée au niveau du détroit inférieur, afin de limiter un éventuel retard de prise en charge lors d'une situation d'urgence. Nous verrons par la suite que c'est une situation décrite et envisagée par plusieurs sages-femmes que nous avons interrogées au cours de notre étude.

Si cet instrument faisait partie des compétences, 15 sages-femmes sur 17 seraient prêtes à l'utiliser.

Sage-femme N°2 : *« la seule chose qui m'empêcherait de le faire là tout de suite c'est le fait que ça ne soit pas dans nos compétences »*

Sur les deux autres professionnelles, une le ferait uniquement si cela était plus pratique pour le service et si jamais un médecin n'était pas disponible. La dernière a répondu qu'à l'heure actuelle elle ne le ferait pas, sauf dans une situation d'urgence et en l'absence de médecin sur place.

Sur les 17 sages-femmes participant à notre étude, 12 pensent que l'utilisation de la ventouse aurait une place dans notre métier.

Sage-femme N°16 : « *Pour moi on est vraiment les spécialistes de l'accouchement voie basse [...] mais c'est vraiment quelque chose qu'il faut pratiquer, repratiquer, continuer à pratiquer dans lequel il faut réfléchir pour vraiment accompagner au maximum la physiologie* ».

Concernant l'étude menée par le Conseil de l'Ordre sur l'ajout de la pratique aux compétences des sages-femmes, une sage-femme nous a indiqué « *je trouve ça un peu frustrant si vous voulez que les sages-femmes n'aient pas voulu prendre plus d'autonomie quelque part sur ce type de geste* ».

Sur les 5 sages-femmes pensant que la pratique de la ventouse n'a pas sa place dans le métier, 3 d'entre-elles ont pourtant répondu qu'elles pensaient que la ventouse devrait faire partie des compétences, lorsque la question leur a été posée par la suite. De plus, parmi ces 5 sages-femmes, 4 d'entre-elles l'utiliseraient si la pratique en faisait partie. Nous notons ainsi une incohérence ou un changement de discours de ces sages-femmes au cours de leur entretien. En effet, certaines personnes interrogées ont indiqué ne jamais avoir réfléchi à la question car elles n'étaient pas amenées à réaliser le geste dans leur pratique. Nous pouvons donc supposer que, n'ayant pas eu de réflexion préalablement, leur opinion s'est formée ou modulée à l'occasion de l'entretien. Par exemple, une des sages-femmes interrogées a changé d'avis. Celle-ci n'était pas convaincue que cela devait faire partie de ses compétences au début de notre entretien, mais suite aux questions posées et à la réflexion autour de ce sujet, elle indique un avantage à ce que l'extraction soit réalisée par une sage-femme, notamment en ce qui concerne le vécu de la patiente.

Sage-femme N°14 : « *C'est la sage-femme qui a déjà commencé les efforts expulsifs donc effectivement si il y a à faire une ventouse sûrement que dans ce contexte là bien réglementé et bien ça serait peut-être mieux que ce soit la sage-femme effectivement...comme quoi votre questionnaire fait réfléchir* ».

Seule une sage-femme qui pense que la pratique n'a pas sa place dans le métier, ne l'utiliserait pas et ne pense pas que cela devrait faire partie des compétences.

Sage-femme N°7 : « *Vu que c'est de la pathologie et que nous on est physiologistes non [cela n'aurait pas de place dans notre métier] ».*

Sachant que certaines sages-femmes n'y avaient pas réfléchi auparavant, nous pouvons donc en conclure que c'est une question nécessitant une réflexion plus longue, leur permettant de prendre en compte différents éléments et d'aboutir à une opinion éclairée. Malgré cela, la majorité des sages-femmes que nous avons interrogées sont prêtes à utiliser la ventouse si celle-ci venait à faire partie de leurs compétences.

Nous leur avons également demandé si, selon elles, l'ajout de la pratique aux compétences modifierait la nature du métier ou au contraire viendrait le compléter. Parmi elles, 13 sages-femmes ont répondu que cela compléterait le métier, 2 pensent que cela le modifierait et enfin 2 des sages-femmes interrogées pensent que cela ne changerait rien au métier.

Sage-femme N°16 : « *Non [ne le modifierait] pas du tout, [...] Comme un accompagnement à la frontière entre la physiologie et la pathologie »*

Selon elles, la pratique viendrait en continuité des compétences que possèdent déjà les sages-femmes.

Sage-femme N°6 : « *Je pense plutôt que ça le compléterait. C'est un outil supplémentaire voilà qui permet puisque la mécanique obstétricale bah on est censées la connaître hein donc c'est pas quelque chose de nouveau [...] la ventouse c'est une aide à l'accouchement qui dans certaines situations en fait bah permet bah c'est juste un prolongement de la main un peu trop courte ».*

De plus, 4 des 5 sages-femmes pensant que la pratique n'a pas sa place dans le métier de sage-femme, pensent néanmoins que celle-ci viendrait compléter le métier.

Ainsi, nous remarquons de nouveau une discordance de discours au sein d'un même entretien. Il est intéressant de noter que nous les avons interrogées sur la place de la ventouse dans le métier au début de l'entretien et sur l'impact qu'elle aurait sur la nature du métier en fin d'entretien. Nous supposons donc qu'elles ont établi une réflexion plus poussée sur la question au cours de l'entretien, ce qui rejoint l'idée que nous avons émise précédemment.

Ainsi, la majorité des sages-femmes interrogées étant prêtes à utiliser la ventouse, pensaient la pratiquer uniquement dans des conditions très précises. Ces situations cliniques regroupaient l'inefficacité des efforts expulsifs, la non-progression du mobile fœtal et une fatigue maternelle. De plus, une grande majorité ne la réaliserait que lorsque la présentation serait engagée à partie basse et avec un rythme cardiaque fœtal normal. Une ou plusieurs de ces idées étaient retrouvées dans la majorité des entretiens des sages-femmes favorables à une utilisation de la ventouse. Les notions d'une présentation en Occipito-Pubien (OP) et un utérus sain sont également apparues à plusieurs reprises. Cela représente une situation dans laquelle le travail est physiologique, et donc en accord avec le champ de compétences de la sage-femme. En effet, ces situations ont bien été décrites par certaines sages-femmes comme étant des « situations physiologiques ».

Sage-femme N°2 : *« Oui si c'est physiologique par exemple en cas d'inefficacité des efforts expulsifs »*

Les sages-femmes interrogées ont donc pu intégrer la ventouse à un contexte restant physiologique.

Sage-femme N°3 : *« Dans quelques cas rares comme bébé eutrophe, quasiment partie basse, un rythme parfait, une variété antérieure, que des choses physiologiques où ça coince juste éventuellement aux épines sciatiques pour un défaut de progression »*

Cette situation physiologique pourrait notamment être entretenue grâce à l'utilisation d'un instrument peu invasif comme la ventouse Kiwi®, comme le propose la sage-femme N°4.

Sage-femme N°4 : « *Oui peut-être juste effectivement pour fatigue maternelle avec rythme parfait. Oui je dirais là franchement une petite Kiwi qui empêche qu'il remonte trop et pour fléchir, franchement il y a des fois oui* ».

En effet, la ventouse manuelle à usage unique possède un indicateur de pression afin d'exercer une pression correcte ne dépassant jamais 700mmHg, ce qui facilite l'usage du praticien tout en étant moins délétère pour le scalp fœtal.

Nous pouvons donc en conclure qu'il existe un contexte dans lequel la ventouse ne serait pas contraire à la physiologie et que les sages-femmes interrogées seraient favorables à la réalisation de la ventouse dans un tel contexte.

Il serait donc possible pour les sages-femmes interrogées d'utiliser la ventouse sans que celle-ci sorte de leur domaine d'action et que cela soit une continuité de leur pratique physiologique actuelle.

Cependant au cours de notre étude, nous avons également noté que plusieurs sages-femmes n'envisageraient d'utiliser la ventouse que dans un contexte d'extrême urgence. Par exemple, lors d'ARCF, et notamment d'une bradycardie fœtale, dans une situation où une naissance très rapide est indiquée et qu'un retard de prise en charge serait délétère pour l'enfant.

Sage-femme N°11« *Que en cas de situations bien définies, en extrême urgence. Après pour moi c'est un peu comme l'épisiotomie c'est vraiment quand il faut faire naître l'enfant en quelques instants [...] bradycardie à partie basse*».

En effet, ces sages-femmes verraient leur usage de la ventouse comme étant un geste de sauvetage fœtal.

Sage-femme N°11 : « *Quand il y a des ralentissements, des brady d'expulsion et qu'on voit que l'enfant est vraiment à la vulve bah au lieu d'appeler le médecin et attendre qu'il arrive au bout de 5-6 minutes et bah t'as le temps de le faire* ».

Nous pouvons constater que la notion d'engagement à partie basse se retrouve dans le discours de toutes ces sages-femmes. Ce critère semble donc être essentiel à la pratique de la ventouse par la sage-femme. En effet, cela éviterait la dystocie du détroit moyen, ce qui augmenterait bien les chances que l'extraction soit réussie. La sage-femme n'aurait pas à appeler l'obstétricien et pourrait peut-être éviter certains retards dans la prise en charge ce qui serait donc contraire à nos objectifs.

Sage-femme N°14 : « *Uniquement si on est en partie basse devant par exemple une brady soudaine une anomalie du rythme où on veut qu'il sorte rapidement sur des efforts expulsifs insuffisants* »

Dans ce contexte, nous entrons donc dans le domaine de la pathologie, comme les sages-femmes sont déjà amenées à le faire en situation d'urgence, par exemple lors d'une réanimation du nouveau-né ou de la réalisation d'une RU dans le cadre de la prise en charge d'une HPPI, en attendant le médecin, comme nous avons pu le voir précédemment. Il serait donc acceptable que même en cas de pathologie, dans un contexte très strict, la ventouse puisse aussi faire partie du métier de sage-femme.

Nous pouvons noter qu'une des sages-femmes que nous avons interrogées pense que si la pratique de la ventouse venait à entrer dans nos compétences, nous devrions pouvoir l'utiliser dans toutes les situations, dès lors que l'indication d'une extraction par ventouse est posée.

Sage-femme N°6 : « *Oui moi je pense dès qu'on en a besoin oui [...] l'idée c'est aussi de se dire si ça faisait partie de nos compétences, même en contexte d'urgence on est autorisés à pratiquer une ventouse en attendant que le médecin arrive. Donc dans toutes les situations[...]. Puisque j'ai envie de dire la mécanique elle est la même qu'on soit en situation d'urgence ou pas, le geste est le même* ».

Afin d'avoir une meilleure vision d'ensemble de l'opinion des sages-femmes interrogées lors de l'étude, nous avons établi en annexe un schéma résumant les différents contextes dans lesquelles elles envisageraient une utilisation de la ventouse (Figure 2, Annexe VIII).

Après avoir évalué si les sages-femmes utiliseraient la ventouse en cas de compétence acquise, nous avons voulu aller plus loin et savoir si elles souhaitaient que cette compétence soit ajoutée à leur champ d'exercice.

Sur les 17 sages-femmes que nous avons interrogées au cours de notre étude, 13 pensent que la ventouse devrait faire partie de nos compétences. Dans un premier temps, elles sont en majorité favorables à une utilisation dans un cadre physiologique, comme vu précédemment. Dans un second temps, elles déclarent pouvoir les utiliser dans certaines circonstances de service, comme nous le verrons dans la deuxième partie.

Nous avons également interrogé 3 sages-femmes qui ne pensent pas que cela devrait faire partie des compétences, ainsi qu'une n'arrivant pas à se positionner clairement mais pensant que cela serait bien d'avoir une formation pendant les études de sage-femme pour l'exercice en type I et une formation continue pour l'usage en type II et III.

Concernant les 3 sages-femmes pensant que cela ne devrait pas faire partie des compétences, elles attribuent surtout cela au fait que, pour elles, la ventouse sort de la physiologie et donc du domaine de responsabilité de la sage-femme.

Sage-femme N°9 : *«Je pense pas dans le sens où la sage-femme elle doit pouvoir suivre de A à Z et...sans pathologie [...] donc à partir du moment où on va mettre un ventouse [...] on sort du cadre quand même physiologique donc là je dirais actuellement quand même non ».*

Afin de pouvoir respecter le contexte physiologique, la majorité des sages-femmes interrogées a souligné au cours de leur entretien l'importance d'avoir un

cadre strict prédéfini. En effet, les sages-femmes interrogées ont mentionné à plusieurs reprises que si la compétence était ajoutée, il faudrait impérativement établir une liste d'indications précises pour lesquelles la sage-femme aurait le droit d'utiliser la ventouse. Celles-ci pourraient être complétées par des protocoles ou des algorithmes de prise en charge détaillés. De plus, des limites strictes à ne pas dépasser devraient être établies afin que les responsabilités de la sage-femme ne soient pas affectées.

Parmi les limites à ne pas franchir que les sages-femmes interrogées ont citées, nous retrouvons notamment le niveau d'engagement de la présentation. En effet, la grande majorité des sages-femmes interrogées est d'accord pour dire qu'elles n'utiliseraient pas la ventouse sur une présentation haute. De plus, à la suite de plusieurs lâchages ou de tentatives non fructueuses, un grand nombre pensent qu'il faut faire appel à un obstétricien et ne pas s'acharner.

Certaines sages-femmes se fixent une limite lors de la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, sur un fœtus présentant une suspicion de macrosomie ou pour les patientes ayant un utérus cicatriciel, c'est-à-dire lorsque la situation bascule dans la pathologie.

Enfin plusieurs sages-femmes ont mentionné qu'il serait important d'avoir un usage fréquent ainsi qu'une formation continue afin de ne pas perdre en dextérité et de pouvoir réaliser le geste correctement lorsqu'il faut l'utiliser, notamment lors des situations d'urgence.

Au cours de notre étude, suite à un des entretiens menés, nous avons découvert qu'en 2008, une école de Sage-Femme avait ajouté l'apprentissage de la pose de ventouse au cursus des étudiants en Maïeutique. En effet, la réalisation d'un nombre minimum de ventouses faisait partie des objectifs du deuxième cycle. L'idée était que la compétence ferait bientôt partie du métier et donc de préparer les futures

sages-femmes à la pose afin qu'elles y soient formées le jour où elle entrerait dans leurs compétences.

Ainsi, nous avons interrogé une sage-femme anciennement étudiante dans cette école à ce moment-là, afin qu'elle nous explique le contexte de cette formation ainsi que son vécu.

Sage-femme N°17 : *« Lors de mes études dans le centre hospitalier dans lequel j'ai réalisé mes études l'idée était faite au second cycle qu'on puisse... que dans les années qui allaient venir, à partir de 2008 les sages-femmes allaient pouvoir poser des ventouses dans un contexte très favorable d'anomalies de progression, quand il y a une insuffisance des efforts expulsifs par exemple et donc le contexte avait été de faire qu'en 4 et 5ème année l'étudiant puisse poser un certain nombre de ventouses, de mémoire ça devait être à peu près 5 ventouses pour nous permettre de nous entraîner à cette future compétence, à priori, en tous cas c'était le message passé à l'époque, cette future compétence et nous préparer sur ces poses là ».*

Au cours de nos entretiens, certaines sages-femmes ont également évoqué l'idée de l'intégrer aux études de maïeutique.

Sage-femme N°14 : *« Sûrement que ce serait bien d'avoir une formation pendant les études de sage-femme de savoir comment faire et ce qui permettrait en sortant de l'école selon là où on travaille si on vient de l'apprendre et qu'on est en niveau 1 bah c'est quelque chose qu'on sait encore faire ».*

Nous rappelons que le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes s'était interrogé sur le sujet en 2003. La question s'est donc posée à plusieurs reprises et cette idée a visiblement été reconnue comme assez pertinente pour que différentes institutions de maïeutique puissent envisager son intégration dans le métier. Dans le cas de cette école, nous notons qu'il était envisagé d'utiliser la ventouse dans le contexte physiologique dont nous avons parlé précédemment dans la discussion de notre première hypothèse. Ceci vient donc appuyer l'idée que la ventouse peut bien avoir une place dans le métier de sage-femme et dans la physiologie.

Ainsi nous pouvons donc en conclure que la majorité des sages-femmes interrogées sont ouvertes à l'ajout de la ventouse à leur champ de compétence. Une grande partie est effectivement favorable à cette utilisation dans un cadre restant physiologique, nous permettant ainsi de valider notre première hypothèse.

Cependant, les avis divergent concernant la présence ou non d'un médecin. En effet, certaines sages-femmes pensent qu'un médecin devrait être sur place afin de pouvoir intervenir en cas d'échec et d'autres pensent qu'il ne faut utiliser la ventouse que lorsqu'un médecin n'est pas disponible.

3.3. Circonstances d'utilisation de la ventouse : Hypothèse 2

3.3.1 Disponibilité des médecin

Comme nous avons commencé à le voir précédemment, un certain nombre de sages-femmes interrogées pensent que l'usage de la ventouse dépendra de la disponibilité du médecin, que ce soit en maternité de type 1 où celui-ci n'est pas sur place, ou en type II ou III lorsque que le médecin de garde est indisponible en raison de l'activité du service et du degré d'urgence de certaines situations.

Sage-femme N°5 : *« Clairement si tu n'as pas de médecin sur place ou si ton médecin est déjà occupé après c'est sûr que ça peut être bien de l'avoir dans tes compétences et de savoir le faire pour pallier au manque de médecin »*

L'attente du médecin peut également avoir un impact sur le pronostic néonatal en cas de détresse fœtale.

Sage-femme N°10 : *« Si on doit attendre 20 minutes le temps que le gynéco il arrive et il y a une bradycardie d'expulsion clairement c'est une indication pour que les sages-femmes elles utilisent la ventouse. »*

Dans cette situation là, la sage-femme pourrait donc avoir un rôle dans l'amélioration de l'état de l'enfant à la naissance. En effet, grâce à son sens clinique

de la salle de naissance, elle est apte à établir un pronostic fœtal selon l'enregistrement du rythme cardiaque.

Sage-femme N°14 : *« J'utiliserais en cas d'urgence si le médecin n'est pas disponible et que je juge que le délai pour arriver est trop long selon moi ».*

Nous pouvons donc conclure dans un premier temps que selon les sages-femmes interrogées, une utilisation de la ventouse en cas d'indisponibilité du médecin serait bénéfique pour l'issue néonatale en cas d'urgence.

Sage-femme N°12 : *« Après la nuit il peut toujours y avoir dix mille catastrophes dans l'hôpital et tu peux avoir besoin d'une ventouse donc oui dans ces conditions là oui ».*

Selon certaines sages-femmes cette pratique aurait donc une place dans nos compétences *« afin de pallier au manque de gynécologue ou leur indisponibilité la nuit »* et que cette utilisation serait légitime lorsque le médecin de garde est occupé.

Au contraire, certaines sages-femmes pensent que le médecin devrait être sur place afin qu'il prenne le relais en cas d'échec ou de le prévenir en cas d'extraction par ventouse et d'avoir un avis pluridisciplinaire sur la prise en charge avant la réalisation de l'extraction.

Sage-femme N°5 : *« Je pense qu'il faut que le médecin soit prévenu à chaque fois et s'il n'est pas sur place qu'il se mette en route toujours pour le risque de si ça ne fonctionne pas derrière il faut bien qu'il y ait un relais avec quelqu'un qui peut faire autre chose et qui soit présent ».*

En effet, si la pose de ventouse échoue, il faut envisager un relais par spatules, forceps ou dans certains cas la réalisation d'une césarienne. Ces gestes ne font pas partie des compétences de la sage-femme, il faut donc un médecin pour prendre le relais.

Sage-femme N°5 : « *Je pense sous contrôle oui il faut que quelqu'un soit au courant il faut pas qu'on fasse ça dans notre coin. C'est que à tout moment le médecin est informé que tu vas faire la ventouse et que à la moindre difficulté il est là pour prendre le relais* ».

Dans ce cas, il pourrait être envisageable de prévenir le médecin avant toute extraction afin que celui-ci soit au courant et soit prêt pour un relais éventuel. Selon les lieux d'exercice, c'est déjà une pratique admise seulement dans certains cas, par exemple lors de l'installation pour un accouchement sur des anomalies du RCF ou sur un utérus cicatriciel. Dans le cas de la pose de ventouse à partie basse, il serait donc possible d'imaginer que la sage-femme prévienne le médecin de garde afin que celui-ci soit prêt à intervenir si la situation clinique le nécessite. Ceci pourrait aussi rejoindre l'idée d'utiliser la ventouse en cas d'urgence en attendant le médecin, dans le même contexte que la réalisation d'une réanimation du nouveau né ou d'une RU, pas exemple. Cela permettrait donc d'apporter une prise en charge rapide tout en assurant un relais si nécessaire et par conséquent de maintenir la sécurité du couple mère-enfant.

3.3.2 Utilisation de la ventouse selon le type de maternité

La disponibilité du médecin de garde dépend donc beaucoup du type de maternité dans lequel chaque professionnel exerce. En effet, l'activité d'un service varie selon le type de maternité, chaque type ayant ses propres particularités quant à la disponibilité du gynécologue-obstétricien de garde.

Nous avons noté que 7 sages-femmes pensent que cette pratique dépendra du type de maternité, avec l'idée qu'elle serait donc majoritairement utile et employée dans les maternités de type 1.

Sage-femme N°12 : « *Pour moi c'est vraiment elle dépend du contexte. Dans les types I [...] où t'as le médecin qui est pas forcément là oui ça peut avoir une véritable indication* ».

Pour elles, la présence physique du médecin sur place conditionnerait l'utilisation de la ventouse.

Sage-femme N°14 : « *Plutôt de manière occasionnelle en niveau 3 et en niveau 1 ça serait plus courant* ».

Certaines sages-femmes ont trouvé qu'il y avait des avantages à la pratique à la fois dans un type I et un type III, pour des raisons différentes selon chaque type. Dans un type I, il y aurait un avantage à ce que la sage-femme réalise l'extraction afin de limiter un retard de prise en charge. En revanche, il n'y aurait pas de médecin sur place pour seconder la sage-femme en cas d'échec contrairement aux maternités de type III où le médecin est présent pour prendre le relais grâce à une autre méthode.

Sage-femme N°6 : « *S'il y a pas de médecin dans les mater de niveau 1 tout ça bon il y a personne pour te corriger ou te guider si jamais tu y arrives pas c'est vrai que moi je me dis que dans les petits centres c'est quand même un peu risqué entre guillemets de faire des ventouses sans avoir quelqu'un à proximité qui puisse prendre le relais ou voila t'orienter[...] mais bon ça peut aussi permettre malgré tout de sortir des enfants rapidement sans attendre. C'est un peu à double tranchant* ».

Cependant, dans les maternités de type III ayant beaucoup d'activité, il arrive que plusieurs situations d'urgence se présentent en même temps. Le médecin doit donc établir un ordre de priorité et choisir la situation où sa présence est la plus indispensable.

Sage-femme N°10 : « *Dans une grosse structure il y a des degrés d'urgence bah si par exemple il y a une césarienne à faire en même temps qu'une extraction instrumentale avec un seul chef sur place c'est dans ce cadre là je pense que la sage-femme doit être formée à la ventouse* ».

En effet, cela pourrait être une aide aux médecins surchargés par d'autres actes méritant leur présence en priorité. Effectivement, ils sont indispensables lors d'une césarienne en urgence ou d'une urgence gynécologique.

Sage-femme N°8 : *« le médecin il est toujours occupé [...] toi t'es là pour ton accouchement si au moins tu pouvais faire ça je pense que réduirait enfin ça aiderait grandement les médecins [...]ça aiderait pas mal le service ».*

Dans ces situations, cela permettrait donc une prise en charge de la patiente par la sage-femme, gagnant en rapidité, à la fois pour elle et pour l'ensemble des urgences de salle de naissance.

Sage-femme N°1 : *« Permettre de privilégier l'intervention du gynéco là où il y en a vraiment besoin, césarienne, urgence gynéco au bloc, ne pas priver une autre situation du gynécologue pour une ventouse ».*

Enfin, 6 sages-femmes pensent que si la compétence est ouverte aux sages-femmes, l'utilisation devrait être identique, quel que soit le type de maternité.

Sage-femme N°16 : *« Pour moi ce serait soit le professionnel peut le faire soit il peut pas ça ne serait pas dépendant de et cetera [...] soit on le fait soit on le fait pas ».*

Dans ce cas, il n'y aurait donc pas de conditions organisationnelles pour faire la ventouse, uniquement des indications cliniques à respecter. Selon elles, si la compétence est ajoutée, c'est qu'il est estimé que la sage-femme est capable de déterminer les situations où la ventouse est indiquée et est formée pour la réaliser.

Plusieurs sages-femmes sont en accord avec cette idée mais pensent que la pratique finira quand même par dépendre du lieu d'exercice.

Sage-femme N°13 : *« Bah il faudrait que les compétences soient ouvertes à toutes les sages-femmes partout après effectivement dans un niveau 1 où il y a pas de gynéco sur place oui peut-être que ça serait...eux ils seraient contents qu'on fasse les ventouses. Après...enfin non après je pense que notre compétence est la même quel que soit le niveau où on travaille après sûrement oui peut être plus utile pour les filles qui ont pas de gynéco avec elles ».*

La disponibilité du médecin de garde nous semble donc être un critère important pour une grande partie des sages-femmes quant à leur utilisation, alors que les avis restent très partagés concernant leur pratique selon le type de la maternité.

L'indisponibilité momentanée du gynécologue de garde serait donc une raison légitime, voire une condition pour que les sages-femmes interrogées réalisent la ventouse. Cela éviterait un retard de prise en charge et donc une amélioration de l'issue néonatale dans certaines situations. Ce serait un avantage que la sage-femme soit habilitée à poser la ventouse car celle-ci est sur place et pourrait intervenir immédiatement.

Comme nous avons pu le voir précédemment, il serait impératif d'instaurer un cadre bien défini si la sage-femme était amenée à réaliser l'extraction par ventouse. Il faudrait tout d'abord poser des indications précises afin que les sages-femme puissent avoir une utilisation adaptée de la ventouse, dans un contexte précis prédéfini.

Pour cela, la mise en place de protocoles ou algorithmes de prise en charge pourraient être utiles afin de limiter des dérives, un usage excessif ou non adapté de l'instrument. Cela pourrait notamment aider lors de la période d'adaptation à l'instrument, afin de bien intégrer les limites et les indications d'utilisation ouvertes à la sage-femme, en complément d'une formation des professionnels concernés.

L'idée de prévenir le médecin avant toute pose de ventouse pourrait également faciliter l'ajout de cette compétence au champ d'action de la sage-femme. Ceci permettrait d'avoir un avis et une prise de décision en équipe avec le médecin, ainsi que d'avoir un relais rapidement disponible en cas d'échec de la méthode. Cette possibilité pourrait rassurer les sages-femmes s'inquiétant du niveau de responsabilité que la pratique entraînerait.

En effet, certaines sages-femmes que nous avons interrogées pensent qu'elles ne sont pas assez reconnues pour avoir une compétence de la sorte en plus. Ceci serait donc un frein à leur utilisation de la ventouse. Selon elles, ce serait trop de responsabilité alors que l'évolution de statut ne suit pas.

Sage-femme N°14 : « *Il y a un manque de reconnaissance, est-ce que plus on fait d'actes plus on est reconnues ? Malheureusement non, ni moralement ni financièrement* ».

Effectivement, ceci est un point important à ne pas négliger selon ces sage-femmes car pour elles cela impacte leur exercice.

Sage-femme N°7 : « *ça ne fait pas partie de nos compétences et si ça en faisait partie, ça ne serait pas plus valorisé, donc je ne vois pas pourquoi on le rajouterait la responsabilité sans être mieux rémunérés* ».

Or, l'ajout d'un acte aux compétences ne permet pas une modification du statut d'une profession et une revalorisation salariale à lui seul. Cela est dû à une modification des articles de loi ou de décrets et par l'action des syndicats. En effet, la modification du champ de compétence d'une profession est réalisée au moyen de textes de loi qui ne sont pas liés aux revalorisations salariales. Cependant, l'ajout d'un acte supplémentaire tel que l'utilisation de la ventouse pourrait permettre une reconnaissance morale de la profession auprès des patientes et des couples pris en charge ainsi que chez les professionnels médicaux qui les entourent. Cela permettrait donc de revaloriser de façon générale la profession de sage-femme.

Une autre proposition envisageable serait d'établir un schéma de prise en charge lors des situations d'urgence, sur le même modèle que la réanimation néonatale par exemple, où la sage-femme débute les gestes d'urgence en attendant le médecin. Dans le cas que nous étudions, lors de la survenue d'anomalies du rythme cardiaques fœtal lors de l'expulsion nécessitant une naissance immédiate, la sage-femme débiterait l'extraction par ventouse, après en avoir prévenu le médecin et en son attente. Ceci permettrait de limiter le retard de prise en charge et d'améliorer le pronostic néonatal. De nouveau, la responsabilité de la sage-femme ne serait pas engagée dans ce contexte. En effet, la sage-femme possède déjà ce type de compétences dans un contexte d'urgence. Comme nous le savons, c'est le cas lors de

la réanimation néonatale, mais également lors de la prise en charge immédiate de l'hémorragie du post-partum ou lors d'une dystocie des épaules. L'utilisation de la ventouse viendrait donc s'inscrire en continuité de ces actes là dans le champ de compétences des sages-femmes.

Grâce aux réponses différentes que nous ont apportées ces sages-femmes, nous pouvons en conclure qu'une majorité d'entre-elles pensent que la disponibilité du médecin ainsi que l'organisation du service seraient en lien avec leur éventuelle utilisation de la ventouse. Ceci est en accord avec notre deuxième hypothèse. De plus, suite à certaines de ces réponses et connaissant l'hétérogénéité des pratiques dans les différents services, nous pouvons nous positionner d'avantage sur la question. En effet, le champ de compétences d'un métier est le même pour chaque professionnel. Cependant chaque service possède un fonctionnement et des habitudes qui lui sont propres. Si la ventouse venait à prendre une place dans le métier de sage-femme, son utilisation serait sûrement différente selon les protocoles des différents services. Cependant, nous pensons que la fréquence de cette utilisation dépendrait bien du type de maternité ainsi que de la disponibilité des médecins.

3.4. Impact de l'ajout de la ventouse aux compétences des sages-femmes : Hypothèse 3

Au cours de notre étude, nous avons interrogé les sages-femmes concernant les éventuels avantages ou risques que pouvait apporter l'ajout de la ventouse à leur champ de compétences.

3.4.1 Protection du périnée et réalisation de l'épisiotomie

Lors de notre étude, plusieurs professionnelles sont venues préciser que les sages-femmes étant les expertes de l'accouchement par voie basse spontanée, elles auraient une meilleure appréciation du périnée ainsi qu'une maîtrise de la mécanique de l'accouchement normal.

Sage-femme N°3 : « *Comme l'appréciation du périnée je pense qu'on est plus apte à le savoir* »

En effet, la protection du périnée est un élément primordial dans la formation des sages-femmes qui y portent une grande attention.

Sage-femme N°16 : « *j'ai aussi trouvé en fait en sachant bien faire et bien nous sages-femmes qui avons vraiment l'habitude du bassin, du mobile fœtal, du périnée et cetera* »

La sage-femme serait donc la mieux placée pour garder une extraction par ventouse dans le domaine de la physiologie. Grâce à sa connaissance de la mécanique qui reste la même quel que soit le contexte, et son habitude de l'accouchement normal ainsi que sa volonté de rester dans un contexte physiologique autant que possible.

De plus, nous retrouvons aussi l'idée que l'ajout de cette compétence pourrait avoir un impact sur la protection du périnée et la réalisation des épisiotomies. Certaines sages-femmes ont trouvé que la réalisation d'une ventouse simple à partie basse serait préférable à une épisiotomie. Cela permettrait une meilleure protection du périnée même lorsqu'une naissance rapide est nécessaire. L'issue serait donc améliorée à la fois du côté maternel et du côté fœtal.

Sage-femme N°10 : « *Je pense que maintenant notre génération il serait préférable de faire une petite ventouse partie basse qu'une épisiotomie dans le contexte des violences obstétricales* »

En effet, la réalisation d'une épisiotomie n'est pas anodine pour la patiente. Ce geste ne devrait avoir lieu que lorsqu'il est absolument nécessaire de le réaliser et qu'aucune autre alternative n'est disponible, afin de limiter ses conséquences ultérieures pour la patiente.

Sage-femme N°11 : « *Quand t'as des ralentissements de fin de travail à l'expulsion et que t'as vraiment besoin que le bébé est à la vulve au lieu de faire l'épisio tu fais la ventouse* ».

Elle pourrait donc aider une situation où une naissance rapide est nécessaire, tout en préservant au maximum le périnée de la patiente.

Sage-femme N°6 : « *Les kiwi bah effectivement parfois c'est juste un périnée qui bloque une présentation et bah on va pas faire une épisio parce que bah si on l'amplie un petit peu plus il va peut-être se laisser distendre et la ventouse bah ça permet effectivement de l'amener un petit peu plus sur le périnée et le solliciter l'avantage* ».

Actuellement, l'épisiotomie est un geste qui tend à être de plus en plus rare dans la pratique de la sage-femme. La ventouse Kiwi® pourrait être un outil permettant à la sage-femme de mieux protéger le périnée de ses patientes grâce à l'aide à la flexion, et peut-être éviterait de recourir à une épisiotomie.

3.4.2 Vécu de l'extraction par ventouse

Au cours de notre étude nous avons pu retrouver un avantage à ce que la sage-femme réalise l'extraction par ventouse concernant le vécu des patientes.

L'impact sur le vécu psychologique de la patiente lors d'une pose de ventouse est revenue à plusieurs reprises au cours des entretiens que nous avons menés. Certaines sages-femmes trouvaient que l'intervention d'une personne étrangère était très perturbante pour les femmes, même si elles étaient prévenues en amont. La situation pourrait donc être moins anxiogène si le geste était réalisé par la sage-femme, dans la continuité de sa prise en charge de l'accouchement.

Sage-femme N°16 : « *Alors moi je pense que pour les femmes il n'y a rien de pire que de voir arriver au dernier moment quelqu'un qu'elles ne connaissent pas. C'est très perturbant même si elles sont prévenues [...]c'est stressant en soit donc plus les*

soins peuvent être assurés par le même professionnel je pense le mieux c'est pour les femmes et après dans les limites cliniques qu'on s'est fixées ».

Selon elles, l'arrivée d'un médecin que le couple ne connaît pas peut être source d'angoisse et d'inquiétude vis-à-vis de la santé de leur enfant.

Sage-femme N°14: *« Je pense que ce serait moins anxiogène de rester dans la salle d'accouchement avec la sage-femme, l'auxiliaire, l'infirmière qu'on connaît toute la journée plutôt que le médecin qui débarque et qu'on connaît pas et on sait que là ça fait un peu peur[...]parce qu'on sait que quand le médecin arrive c'est qu'il y a une pathologie ».*

En effet, l'accouchement est un moment très particulier pour la femme et pour le couple. C'est pour eux une situation unique dont ils se souviendront toujours. Il est donc du devoir des sages-femmes que celui-ci soit vécu de la meilleure manière possible.

Sage-femme N°17 : *« Si j'apprends à la faire correctement et si je garde la même sécurité pour les patientes et leur enfant je trouverais ça super que les patientes vivent différemment l'accouchement ».*

De plus, l'arrivée du médecin peut être vécue comme un échec pour la femme qui pense ne pas avoir été capable d'accoucher seule.

Sage-femme N°17 : *« Sur le côté psychologique de situation potentiellement vécue comme étant un échec d'avoir appelé le gynécologue-obstétricien au cours de l'accouchement, psychologiquement je pense que pour une patiente elle peut avoir un vécu meilleur de la pose de ventouse ».*

Un article de la littérature anglaise vient confirmer le rôle primordial de la sage-femme dans le vécu de l'accouchement par les patientes (31). Étant garante de la physiologie, une ventouse réalisée par la sage-femme pourrait rendre à la patiente sa vision de réussite de son accouchement. Cela aurait donc un impact positif sur le vécu de la patiente.

Sage-femme N°3 : « *Elle [la patiente], psychologiquement de se dire qu'elle a eu un accouchement qui était réussi ça peut passer inaperçu sa petite ventouse* »

Certaines sages-femmes pensent que les patientes établissent une relation de confiance avec la personne qui les a prises en charge depuis le début du travail. La patiente aurait donc un meilleur vécu de l'extraction lorsqu'elle est réalisée par une personne qu'elle connaît déjà et en qui elle a confiance.

Sage-femme N°4 : « *Tu établis une relation de confiance normalement [...] mais je pense que ça les met plus en confiance si c'est quelqu'un qu'elle connaît qui le fait* ».

La sage-femme suit effectivement la patiente et a pu travailler en binôme avec elle tout au long de son travail. C'est donc quelqu'un qu'elle connaît bien et qui est là pour la guider pour que l'accouchement se déroule le mieux possible.

Sage-femme N°5 : « *Dans le vécu de la patiente que ce soit la personne qui avait déjà pris en charge l'accouchement avec tout le suivi qu'elle a pu faire avant et du coup peut-être que ça serait moins inquiétant* ».

D'après plusieurs sages-femmes interrogées, il y aurait un bénéfice considérable sur le vécu des patientes si elles pouvaient réaliser la ventouse. Effectivement, cela pourrait aider à garder une atmosphère plus calme en salle de naissance en cas d'extraction par ventouse (35). Le personnel ne changerait pas et en cas d'utilisation d'une ventouse manuelle, l'installation de l'accouchement non plus. Cela pourrait donc être moins anxiogène pour le couple. Le déroulé de l'accouchement resterait plus fluide, sans changement de dynamique où la patiente pourrait avoir la sensation d'échouer.

Une autre idée a été donnée par une sage-femme concernant le vécu des patientes. Lorsqu'une femme refuse que son accouchement soit réalisé par un homme et qu'il s'avère que tous les médecins de garde sont des hommes, si une extraction instrumentale est indiquée, il serait intéressant que la sage-femme puisse la réaliser. Or, nous savons que la majorité des sages-femmes sont des femmes mais qu'il existe

également une part non négligeable de sages-femmes de sexe masculin. De même que le milieu des gynécologues-obstétriciens tend à se féminiser. Ceci ne serait donc un avantage que dans de très rares cas.

Nous nous sommes également interrogés sur l'impact qu'il y aurait sur le taux d'extractions réalisées si la sage-femme pouvait poser des ventouses. Celles que nous avons interrogées ont un avis partagé sur la question. La majorité d'entre-elles (9/17) pense que le taux d'extraction resterait le même, qu'il n'y aurait pas d'augmentation du taux de ventouses posées.

Sage-femme N°13 : « *Je pense pas qu'on ferait des ventouses à tout va* ».

Selon elles, les sages-femmes n'utiliseraient pas la ventouse en première intention si cela n'était pas indiqué. C'est en effet ce que nous avons pu retrouver dans la littérature anglaise. Les sages-femmes habilitées à utiliser la ventouse privilégient toujours l'accouchement par voie basse et n'utilisent la ventouse que lorsque cela est nécessaire (34).

Sage-femme N°11 : « *on essaye de promulguer la physio donc il y en aurait pas plus* ».

Une sage-femme pensait qu'il y aurait peut-être moins d'extractions par forceps. Au contraire, quelques-unes pensaient qu'il y aurait une augmentation du taux de ventouses (4/17), et une autre pensait que cela serait une possibilité.

La dernière a répondu que si suite à l'ajout de cette compétence une augmentation significative du taux d'extraction était observée, cela voudrait dire que son ajout au champs de compétence était une erreur. Selon elle, si les sages-femmes utilisent la ventouse à bon escient, en respectant les indications et les limites instaurées, il ne devrait pas y avoir d'augmentation du taux d'extractions.

D'après la majorité des sages-femmes interrogées, il ne devrait donc pas y avoir de modification importante du taux de ventouses réalisées, notamment si elles sont réalisées dans de bonnes conditions. En effet, nous pensons que les sages-

femmes sauront utiliser leur sens clinique et leur formation de façon à bien juger chaque situation au cas par cas et n'utiliseront pas la ventouse par convenance. C'est notamment le retour d'expérience d'une sage-femme anglaise après ses débuts de la pratique de la ventouse (35).

Malgré cela, certaines sages-femmes craignent que l'ajout de la ventouse à leur champ de compétence entraîne des dérives ou une utilisation excessive de l'instrument. D'où l'importance d'instaurer un cadre strict, comme nous avons pu le voir précédemment.

Sage-femme N°3 : *« Je pense qu'il y a un risque que certaines sages-femmes s'acharnent ».*

En effet, si le cadre n'est pas bien défini et que les sages-femmes n'ont pas d'indications strictes à suivre quant à leur usage de la ventouse, il pourrait y avoir un risque de dérive, comme le précise la sage-femme N°6.

Sage-femme N°6 : *« Des risques de dérives enfin voilà de se prendre pour des super-women et de faire le taf toute seule voilà de se lancer sur des ventouses dans des situations un peu limites et se retrouver avec un échec d'extraction ».*

C'est pourquoi il serait important d'établir un contexte précis avant l'instauration de toute nouvelle compétence, ainsi que des limites à ne pas franchir et la mise en place d'une formation claire pour tout le personnel.

D'un autre côté, certaines sages-femmes pensent que de par leur formation et leur vision clinique de sage-femme, il n'y aurait pas plus de ventouses posées hors indication car elles seraient dans l'optique de rester dans les conditions les plus physiologiques possibles.

Sage-femme N°6 : *« Les ventouses pour insuffisance des efforts ou non progression clairement nous on est hyper patientes et je pense qu'on prendra pas plus facilement la ventouse on continuera à se laisser du temps et à avoir la même patience qu'on a actuellement ».*

En salle de naissances c'est en effet la sage-femme qui a le plus l'habitude de mener les efforts expulsifs, même en cas de contexte pathologique.

Sage-femme N°16 : « *Je trouvais ça très décourageant par la suite de devoir appeler des internes très peu formés à ça et pas forcément très bon non plus pour faire les accouchements pour prendre notre place sur le dégagement instrumental, et réellement pour la ventouse là je trouve que c'est même très dommage pour la profession réellement* ».

La sage-femme saurait donc garder un sens clinique adapté à chaque situation lui permettant d'évaluer quelle prise en charge serait la plus pertinente, selon les sages-femmes interrogées. Dans le cas où une ventouse à partie basse est indiquée, elle serait bien placée pour la réaliser sachant que l'utilisation de cet instrument repose sur la mécanique obstétricale et les efforts expulsifs de la patiente. Ces deux éléments sont centraux dans la pratique des sages-femmes.

Concernant le moment où la ventouse est retirée du scalp du fœtus, certains professionnels ont pour habitude de laisser la ventouse en place une fois la présentation débloquée au grand couronnement. Cependant, il y aurait éventuellement un avantage à retirer la ventouse plus tôt pour terminer le dégagement de manière physiologique. Le rôle de la ventouse serait donc de débloquer la présentation et il y aurait possibilité de reprendre un dégagement spontané dès que ce rôle serait accompli. Dans ce contexte, l'extraction par ventouse se rapprocherait davantage d'un accouchement physiologique avec une réduction du temps d'application de la pression, ce qui permettrait de limiter les lésions.

Sage-femme N°15 : « *C'est quand même assez physiologique quoi quand tu fais une ventouse si tu mets pas trop de pression que tu débloques un coup et puis elles finissent parce que moi je faisais des ventouses où après je finissais l'accouchement hein c'était vraiment une ventouse pour débloquer un peu et puis après dès que tu sens que c'est débloqué hop elle continue à pousser et puis tu termines ton accouchement* ».

De plus, nous pouvons évoquer la pression exercée par les praticiens sur le scalp du fœtus, notamment lors de l'usage des ventouse à moteur. En effet, une pression de départ à 800mmHg peut être exercée. Or, en observant une ventouse manuelle à usage unique, nous pouvons noter que la pression maximale est de 700mmHg et indiquant qu'une pression efficace optimale se trouvant entre 500 et 600 mmHg. Cet instrument serait donc adapté pour une utilisation par la sage-femme, étant moins impressionnant pour la patiente, facile à utiliser, avec une limite de pression intégrée permettant de rester dans une réalisation plus douce du geste. Ceci permettrait donc de rester dans une application plus physiologique de l'extraction, restant donc en lien avec de la pratique de la sage-femme.

3.4.3 Apport pour la profession

Lors de toute évolution au sein d'un métier, un ajout au champ de compétences doit apporter un bénéfice au patient pris en charge. Dans notre cas il s'agit du couple mère/enfant.

Sage-femme N°17 : « *Pour moi cette nouvelle compétence serait plutôt tournée vers les femmes, vers l'idée qu'elle sont restées dans la physiologie, elle bénéficie « d'un apport » pour l'accouchement et je pense que le vécu ne serait pas tout à fait le même pour elles ».*

En plus d'avoir un bénéfice sur le vécu de l'extraction instrumentale, cela pourrait également sécuriser la prise en charge des patientes.

Sage-femme N°10 : « *Sécuriser les patientes et leur enfant dans les différents degrés d'urgence où le médecin n'est pas disponible ».*

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, cet ajout pourrait avoir un bénéfice sur le délais de prise en charge dans certaines situations d'urgence.

Sage-femme N°15 : « *Parce que c'est un bénéfice pour le couple mère/enfant que je prends en charge, c'est d'améliorer leur prise en charge, c'est de faire en sorte que l'accouchement se passe le mieux possible pour la mère et le bébé donc c'est nos*

prérogatives aussi de sage-femme c'est nos objectifs de faire en sorte que l'accouchement et l'état du bébé et de la mère à la naissance soient améliorés ».

Il est également attendu que celle-ci ait un apport positif pour la profession. Nous avons donc interrogé les sages-femmes sur ce que l'utilisation de la ventouse apporterait à leur métier. Beaucoup de réponses différentes sont ressorties, la notion d'autonomie est restée très présente.

Sage-femme N°15 : *« C'est toujours un plus c'est toujours valoriser le fait qu'on peut globalement plus toute seule en tant que sage-femme prendre en charge la couple mère-enfant et être autonome, indépendante dans la prise en charge d'une grossesse qui reste et un accouchement qui reste physiologique ».*

Cette compétence pourrait également permettre une valorisation des compétences des sages-femmes.

Sage-femme N°14 : *« En cas de revendication en montrant qu'on fait un acte de plus, qu'on sait bien le faire et qu'on maîtrise et qu'on le fait dans de bonnes conditions ».*

Nous pouvons donc en conclure que cette pratique pourrait enrichir le métier de sage-femme sur plusieurs plans : sur le plan maternel, sur l'état néonatal, sur l'organisation et le fonctionnement des maternités et enfin sur le métier de sage-femme lui-même.

Ainsi, nous pouvons conclure suite aux entretiens menés que l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes dans un contexte défini pourrait représenter un avantage pour la protection du périnée, le vécu de la patiente, la prise en charge de situations d'urgence et pour le métier de sage-femme lui-même. Cela nous permet de valider notre troisième hypothèse.

3.5. Limites et biais de l'étude

Les principaux biais de notre étude sont le biais de déclaration et le biais de désirabilité sociale des personnes interrogées. Ceux-ci consistent à vouloir présenter une image favorable de soi aux yeux des ses interlocuteurs ou de la société. Nous avons tenté d'y remédier en énonçant clairement que l'objectif de notre étude était de connaître l'opinion de chacun afin de comprendre le phénomène étudié, dans un environnement de parole libre, sans aucun jugement. Afin d'obtenir de telles conditions, nous avons posé nos questions de façon très neutre et en garantissant aux professionnels interrogés l'anonymat des entretiens réalisés.

Un autre biais auquel nous sommes confrontés est l'effet Hawthorne. Il se produit lorsqu'une personne a conscience d'être observée et va modifier son comportement en conséquence. Ce qui peut donc impacter leur motivation et dans notre cas, la réflexion autour de leur propre pratique.

Enfin, comme toute étude reposant sur une méthodologie qualitative, nous sommes confrontés au biais de subjectivité du chercheur. Celui-ci est lié à l'interprétation du chercheur, il est inhérent à ce type d'étude.

3.6. Points forts de l'étude

L'approche qualitative est un point fort de notre étude. Ce type d'étude permet d'explorer et d'apporter un éclairage sur l'opinion des sages-femmes de façon précise et détaillée. Ceci leur a permis de donner leur point de vue sur les différents aspects de la question. Grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs, nous avons pu cibler les thématiques étudiées, ainsi qu'obtenir l'opinion libre des sages-femmes.

De plus, nous avons pu réaliser des entretiens avec des sages-femmes de plusieurs maternités d'Île-de-France, mais également dans une maternité de province. Ce qui nous a permis d'obtenir des données provenant non seulement de différentes maternités avec des degrés d'activité différents, mais aussi une variété dans les pratiques et dans le fonctionnement des services hospitaliers de différents endroits en France.

Enfin, nous avons eu l'occasion de mener des entretiens avec un certain nombre de professionnels ayant une expérience de la ventouse. Ceux-ci ont donc pu donner des réponses en connaissance de la pratique, ce qui a permis d'enrichir notre discussion.

3.7. Perspectives et évolutions

Afin de réellement connaître l'effet de l'utilisation de la ventouse par les sages-femmes, il serait optimal de pouvoir mener une étude auprès d'un établissement ayant cette pratique. Il serait donc intéressant de pouvoir mener des entretiens auprès de sages-femmes exerçant ou ayant exercées à Mayotte afin d'avoir l'avis des sages-femmes sur la pratique de la ventouse au quotidien.

Il serait également intéressant d'interroger les équipes pédagogiques de l'école de sages-femmes prévoyant l'ajout de la ventouse aux compétences futures des sages-femmes afin de connaître leurs motivations. Nous pourrions également envisager d'interroger les étudiants ayant suivi cette formation afin de connaître leur ressenti concernant l'apprentissage de cette méthode.

Nous pouvons également envisager la possibilité de réaliser un Diplôme Inter-Universitaire ou une formation spécifique en mécanique obstétricale afin que les sages-femmes souhaitant réaliser des ventouses puissent le faire, et ceci de façon sécuritaire. Dans ce contexte, seules les sages-femmes ayant suivi la formation seraient habilitées à poser les ventouses. Cela permettrait donc aux sages-femmes ne souhaitant pas réaliser de ventouses de ne pas le faire. C'est actuellement sur ce schéma que les sages-femmes pratiquent la ventouse au Royaume Uni et aux États-Unis (32).

De plus, il serait intéressant de mener une nouvelle enquête au niveau national auprès des sages-femmes afin de savoir si celles-ci ont changé d'avis depuis la dernière étude réalisée par le CNOSF en 2003.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'étudier l'avis des sages-femmes sur plusieurs aspects de leur éventuelle pratique de la ventouse. Premièrement, nous avons pu recueillir leur opinion sur la question, mais aussi sur le contexte et les circonstances de cette utilisation, ainsi que sur les avantages ou les modifications que cette pratique pourrait apporter à la prise en charge des patientes et à leur profession.

Tout d'abord, nous avons retrouvé qu'une majorité des sages-femmes interrogées étaient ouvertes à une utilisation de la ventouse, soit dans un contexte pouvant être qualifié de physiologique, soit en cas d'urgence afin d'éviter un éventuel retard de prise en charge. Selon elles, cette pratique pourrait également dépendre de l'organisation dans chaque maternité, notamment selon la disponibilité du médecin en fonction du type de la maternité, ou de degré d'activité des différents services.

Nous avons également discuté sur le fait que dans un certain contexte, la ventouse pourrait relever du domaine de la physiologie et donc entrer dans le champ de compétences de la sage-femme. Celle-ci étant garante de la physiologie, elle pourrait elle même rendre l'extraction par ventouse plus physiologique pour la patiente en la réalisant.

Certains avantages à cette utilisation ont pu être mis en évidence à travers les entretiens réalisés, notamment en ce qui concerne le vécu des patientes lors d'une extraction par ventouse, mais aussi pour la prise en charge rapide lors d'une situation d'urgence permettant une amélioration du pronostic néonatal.

Enfin, ceci pourrait entraîner une évolution de la profession afin d'obtenir une meilleure reconnaissance du métier de sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chambers JA, *James Young Simpson and the « Suction tractor »*, Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, 1963;70:94-100
2. Baskett TF, *Operative vaginal delivery - An historical perspective*, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 2019 ;56:3-10
3. Bergsjø P, Schmidt E, Push D, *Differences in the reported frequencies of some obstetrical inventions in Europe*, BJOG, 1983, 90;7:628-632
4. Hiller CEM, Johanson BR, *Worldwide survey of assisted delivery*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1994,47;2:109-114
5. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, *Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales, La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes périnatales*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (JGOBR), 2012, 41;2:151-166
6. Riethmuller D, Schaal JP, Mailler R, *La ventouse obstétricale : un instrument moderne*, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2001, 29;10:648-661
7. Velemir L, Vendittelli F, Bonnefoy C, Accoceberry M, Savary D, Gallot D, *Courbe d'apprentissage de la ventouse obstétricale par les internes : étude préliminaire*, JGOBR, 2009, 38;5:421-429

8. HAS, *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, Décembre 2017, 46p
www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
9. CNGOF, *Protocoles en Gynécologie Obstétrique, 4ème édition*, Elsevier Masson 2018;327p :269-271
10. Recommandations pour la pratique clinique, *Extractions instrumentales*, CNGOF, 2008;577-586
[En ligne] <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2008%252F2008%2BFINAL-RPC-EI.pdf&i=21955>
11. RCOG, *Operative vaginal delivery Green-Top Guidelines No.26*, 2011 ; 19p
[En ligne] www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_26.pdf
12. Horan M, Murphy D, *Operative vaginal delivery*, *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, Décembre 2016, Vol 26 ; No.12 :358-363
13. INSERM, *Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016, les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010*, Octobre 2017, 317p
[En ligne] www.inserm.fr
14. Schaal J-P, Riethmuller D, Menget A, *Ventouse Obstétricale*, *EMC-Gynécologie Obstétrique* 2004;1:156 –179

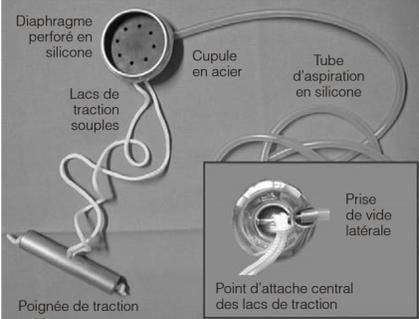
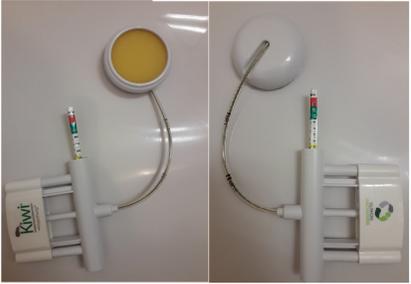
15. Riethmuller D, Ramanah R, Maillet R, Schaal J-P, *Ventouses : description, mécanique, indications et contre-indications*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (JGOBR) 2008 ; 37 : 210-221
16. Schaal J-P, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M, *Mécanique & Techniques Obstétricales*, 4ème édition, Sauramps médical 2012, p.682-688
17. Mizrahi S, Jeanditgautier E, Cosson M, Rubod C, *L'accouchement par ventouse*, Anatomie 3D Lyon [vidéo en ligne] www.youtube.com/watch?v=1pQvRrsKges
18. Riethmuller D, Mottet N, Equy V, *La ventouse obstétricale un instrument moderne*, Sauramps Médical, 2019, 176p
19. Beucher C, *Complications maternelles des extractions instrumentales*, JGOBR, 2008;37:244-259
20. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V, *Choice of instrument for assisted vaginal delivery*, Cochrane Database Syst Rev. 2010;(11):CD005455
21. Benaron DA, *Subgaleal Hematoma Causing Hypovolemic Shock During Delivery After Failed Vacuum Extraction: A Case Report*, Journal of Perinatology Mai-Juin 1993;13(3):228-231.
22. Le Brun C et Al., *Échecs d'extraction par ventouse obstétricale:Facteurs de risques, conséquences maternelles et fœtales*, JGOBR 2013;42:683-702

23. Chamagne M, *Quelle voie d'accouchement choisir après échec d'extraction par ventouse ? Comparaison de la morbidité maternofoetale après césarienne versus deuxième instrument*, 54p, Thèse en Médecine, 2016
24. Pierre F, Jousse M, *Aspects médico-légaux de l'extraction instrumentale*, JGOBR 2008;37:276-287
25. Schaal J-P, Equy V, Hoffman P, *Comparaison ventouse forceps*, JGOBR 2008 ; 37 : 231-243
26. Article L4151-1 CSP Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127 [En ligne] site legifrance.gouv.fr
27. Article L4151-3 CSP Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004 [En ligne] site legifrance.gouv.fr
28. Article R4127-138 CSP Modifié par Décret n°2012-881 du 17 Juillet 2012 – art. 1 [En ligne] site legifrance.gouv.fr
29. Article L.4011-3 CSP LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et Relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires NOR: SASX0822640
[En ligne] site legifrance.gouv.fr
30. ARS Océan Indien, *Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028*,
<https://www.mayotte.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028-reunionmayotte>
Consulté le 21/05/20

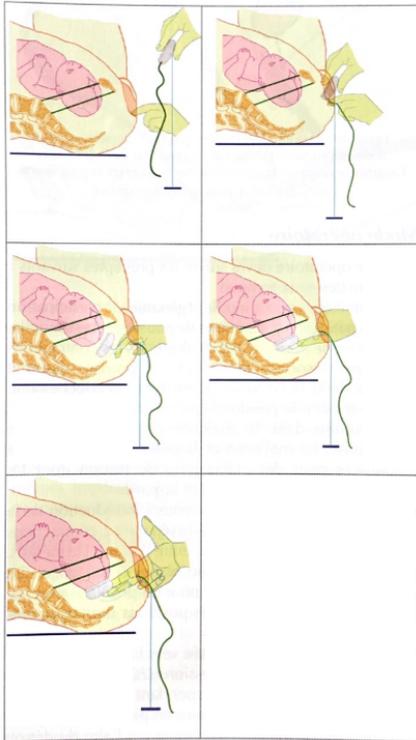
31. Davison M-A, Murray S, Whitaker L, Rendall L, Gammie N, Magowan B, *Comparison of instrumental vaginal births by assisted birth practitioner midwives and medical practitioners*, BJM, October 2014 ; Vol 22, No 10 :700-705
32. Tinsley V, *Midwife ventouse practitioners*, Midwifery, 1998;14:126-126
33. Clark A, *Use of the Vacuum Extractor by Midwives—What Has Changed in the Last Decade*, Journal of Midwifery and Women’s Health by the ACNM 2005;50:517-524
34. Price S, *Ventouse for operative vaginal delivery*, BJM, 2002 ; Vol 10, No 7 :420-423
35. Alexander J, Anderson T, Cunningham S, *An Evaluation by Focus group and Survey of a course for Midwifery Ventouse Practitionners*, Midwifery, 2002 ;18 :165-172
36. Charles C, *How it feels to be a Midwife Ventouse Practicionner*, BJM, 1999 ; Vol 7, No. 6 :380-382
37. OMS, *Recommendations for Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Through Task Shifting*, 2012, 98p
38. ARS Océan Indien, *Télémedecine et plan périnatalité à Mayotte*, Avril 2016, www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/telemedecine_perinatalitemayotte.ppt
Consulté le 17/01/19

39. Black M, Mitchell E, Danielian P, *Instrumental vaginal deliveries; are midwives safer practitioners? A retrospective cohort study*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS) 2013 ;92 :1383-1387
40. Ahlberg M, Saltvedt S, Ekéus C, *Obstetric management in vacuum-extraction deliveries*, Sexual & Reproductive Healthcare, 2016 ;8:94-99
41. Zanardi-Brailon M, *Ventouse, forceps: instruments de sage-femme?*, La revue sage-femme, Septembre 2004 ; vol 3, N°4 : 185-188
42. Denni P, *Dans quelle mesure la recommandation de la Haute Autorité de Santé de 2007 a-t-elle influencé la pratique de l'expression abdominale durant la deuxième phase de l'accouchement ? Évaluation des pratiques professionnelles dans les maternités d'Alsace*, 66p, Mém.fin.ét, Diplôme d'État de Sage-Femme : Université Strasbourg : 2016
43. Castleberry A, Nolen A, *Thematic analysis of qualitative research data : Is it as easy as it sounds ?*, Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 2018 ; 10, 807-815

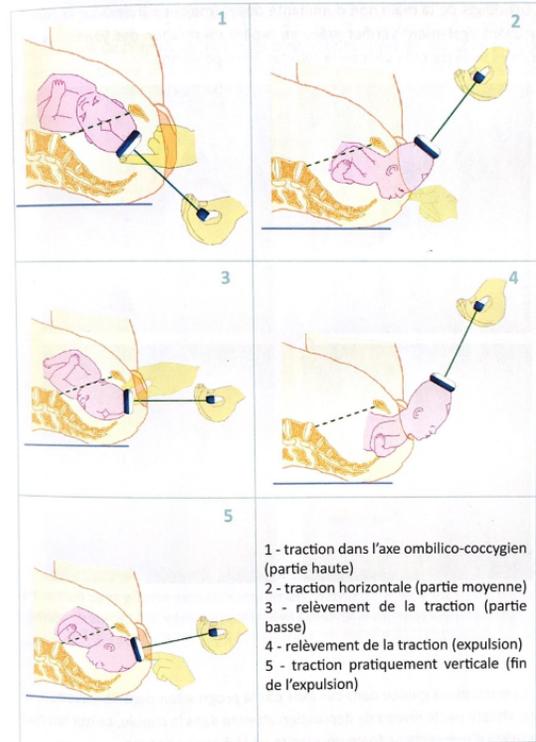
ANNEXE I. Les différents types de ventouses

<p>Ventouse Minicup® de Drapier-Faure</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cupule en acier ➤ Réutilisable ➤ Se branche sur un moteur ou pompe externe.
<p>Ventouse Silc Cup®</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cupule en plastique ➤ Usage unique ➤ Se branche sur un moteur ou pompe externe.
<p>Ventouse Kiwi®</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cupule en plastique ➤ Usage unique ➤ Pompe d'aspiration manuelle intégrée <p>« ventouse autonome »</p>

ANNEXE II. Mise en place de la cupule et axes de traction



Mise en place de la cupule (9)



Axes de traction selon la progression de la présentation (11)

ANNEXE III.

ENQUETE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

PRATIQUE DE LA VENTOUSE

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a demandé l'inscription dans l'article 18 du Code de déontologie la possibilité, pour les sages-femmes, de pratiquer le vacuum extractor à la partie basse de l'excavation pelvienne en cas d'efforts expulsifs insuffisants, en accord avec le médecin de garde ou d'astreinte.

Cette technique raccourcit l'effort de la durée d'expulsion parfois prolongé par la fatigue maternelle associée de surcroît dans certains cas à l'inhibition de la contractilité utérine consécutive à la péridurale.

Par ailleurs, cette technique évitera l'expression abdominale traumatisante et dangereuse qui est à nouveau trop souvent pratiquée faute de pouvoir utiliser le vacuum extractor.

Lors de la dernière parution de la revue du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, « Contact sages-femmes » n°7, a été joint un questionnaire sur cette pratique et il a été demandé à l'ensemble des sages-femmes en activité de bien vouloir y répondre.

Voici les résultats de cette enquête.

Françoise BICHERON

Participation : 1761 sages-femmes
126 bulletins inexploitables
soit 10,66% de participation

Résultats

OUI		NON
188	sages-femmes exerçant dans un établissement réalisant plus de 1.500 accouchements	469
223	sages-femmes exerçant dans un établissement réalisant moins de 1.500 accouchements	371
53	sages-femmes libérales	58
20	sages-femmes de PMI	47
61	statut indéterminé	271
545	TOTAL	1.216

69,05 % des sages-femmes qui ont répondu ont dit **NON**

30,95 % des sages-femmes qui ont répondu ont dit **OUI**

- 1) La suppression des risques liés à l'expression abdominale (délabrements périnéaux, rupture utérine, d'embolie amniotique...);
- 2) La satisfaction pour la sage-femme de pouvoir terminer elle-même l'accouchement.

ANNEXE IV

Grille d'entretien : Utilisation de la ventouse

- Quel age avez-vous ?
- Sexe :
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? (Temps d'exercice)
- Dans quels services avez-vous (le plus) exercé au cours de votre carrière et dans quel type de maternité ?

Q1 : Avez vous déjà assisté à une pose de ventouse ?

Si oui, avez-vous eu l'occasion de participer à la pose?

Avez-vous déjà poser une ventouse vous-même ?

<p>Q2 : Si oui, dans quelles circonstances ?</p> <p>Etiez-vous seule ou accompagnée par un obstétricien (interne ou chef)</p> <p>Aviez-vous eu une formation avant ? Si oui laquelle ?</p> <p>Avez-vous trouvé cela techniquement difficile ?</p> <p>Etiez-vous à l'aise ?</p> <p>Pensez-vous être capable de réaliser ce geste seule ?</p> <p>Pensez-vous qu'il existe certaines situations où la ventouse peut entrer dans le domaine de la physiologie?</p> <p>Si oui, lesquels?</p>	<p>Q2 : Si non, connaissez-vous les indications de l'extraction par ventouse ?</p> <p>Que pensez-vous de l'utilisation de cet instrument ?</p> <p>Connaissez-vous la technique de pose ? Si oui comment l'avez-vous appris ?</p>
--	---

Q3 : Pensez-vous que cette pratique a une place dans notre métier ? Pourquoi ?

Q4 : Si une formation à l'utilisation de la ventouse était ouverte aux SF, la suivriez-vous ?

Pourquoi ?

Q5 : Seriez-vous prête à l'utiliser si cela faisait partie des compétences ? Pourquoi ?

Si oui, dans quelles situations utiliseriez-vous la ventouse ?

Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser en toutes circonstances ou seulement dans certains cas ? (Expliquez)

Si non, pourquoi ?

Q6 : Selon vous existe-t-il des situations dans lesquelles il serait légitime pour la sage-femme d'utiliser la ventouse ?

Q7 : Pensez-vous qu'il existe une limite à l'usage de la ventouse ?

Si oui, jusqu'à quel moment la SF devrait l'utiliser et à partir de quand devrait-elle passer la main à l'obstétricien, selon vous ?

Q8 : S'il existait un protocole ou algorithme de prise en charge (type réa, HPPI) cela faciliterait son utilisation pour vous?

Q9 : Pensez-vous que l'utilisation de la ventouse dans un contexte donné devrait faire partie des compétences de la sage-femme ? Dans quel contexte (indications spécifiques et de manière occasionnelle ou plus large)?

Q10 : Pour résumer, si l'utilisation de la ventouse faisait partie des compétences, l'utiliseriez-vous ?

Si oui, pour quelles raisons? Si non, pour quelles raisons?

Q11 : Selon vous, l'utilisation de la ventouse comporte-t-elle des risques pour les patientes ou le fœtus ? Des risques pour les sages-femmes ?

Q12 : Pensez-vous que si la sage-femme pouvait l'utiliser il y aurait un impact sur le nombre d'extractions ? Sur la prise en charge générale de la parturiente?

Pensez-vous qu'il y a des avantages à ce que la sage-femme pratique l'extraction ? Lesquels ?

Q13 : Si la compétence était ouverte aux sages-femme, pensez-vous que son utilisation dépendra du contexte ? (type de maternité et de la disponibilité des médecins)

Q14 : Pensez-vous que l'ajout de la ventouse aux compétences des sages-femmes modifierait la nature de notre au métier, ou au contraire le compléterait ?

Q15 : Que pensez vous que cette compétence peut apporter à la profession de sage-femme ? Pouvez-vous expliquer ?

ANNEXE V

Lettre d'information et accord de participation à l'étude

Dans le cadre de son mémoire de fin d'études, Mme PERAZIO Julia étudie l'avis des sages-femmes concernant l'utilisation de la ventouse obstétricale. Elle vous sollicite donc dans le but de s'entretenir auprès de vous à propos de ce sujet.

L'entretien restera anonyme et un enregistrement, lui aussi anonyme, sera proposé afin de pouvoir retranscrire de manière exhaustive et totalement objective vos propos. Cependant, afin d'assurer la discrétion et la confidentialité, toutes références permettant l'identification de l'établissement de santé seront retirées de la retranscription, que ce soit le nom de l'établissement ou de professionnels y travaillant. Nous garantissons la destruction de l'enregistrement une fois la retranscription effectuée.

A tout moment de l'étude, le participant peut utiliser son droit au refus, au retrait ou au suivi de la recherche en cours.

Mme Perazio se tient évidemment à votre disposition pour toute information complémentaire, ainsi que pour un éventuel entretien. Dans l'espoir d'une réponse favorable, je vous prie de croire en l'expression de mes respectueuses salutations.

Julia Perazio, étudiante Sage-femme

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
U. F. R. des Sciences de la Santé Simone Veil
Département de Maïeutique
2 avenue de la Source de la Bièvre
78180 Montigny-le-Bretonneux

Objet du mémoire de fin d'études : L'avis des sages-femmes concernant l'utilisation de la ventouse obstétricale.

Étudiante sage-femme : Perazio Julia

Directrice de mémoire : Dran Claire

Je, soussigné, donne mon accord à Mme PERAZIO Julia, pour participer à un entretien anonyme dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Un enregistrement sera possible et gardé de manière anonyme et confidentielle,

- J'accepte d'être enregistré au cours de cet entretien.
- Je refuse d'être enregistré au cours de cet entretien.

Le, à

Signature

ANNEXE VI

Entretien n°15

- Quel age avez-vous ? *49 ans*
- Sexe : *Femme*
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *1996*
- Dans quels services avez-vous (le plus) exercé au cours de votre carrière et dans quel type de maternité ? *Bah il y a deux parties à ma carrière, il y a la partie à ***** où j'étais polyvalente et j'ai fais absolument tous les services la salle, les suites de couche, que ce soit physio, patho j'ai fais de l'HAD, j'ai fais les explo, j'ai fais les grossesses patho et j'ai été même référente aux explo, en grossesses patho, enfin je faisais tout j'ai même fais de la recherche aussi parce que pendant trois ou quatre ans je faisais de la recherche avec P.R. Et après en Septembre 2008 je suis arrivée ici et j'ai suivi une partie de l'équipe qui est venue ici et puis là j'ai fais que de l'écho à partir de ce moment là. Donc en type 3.*

Q1 : Avez vous déjà assisté à une pose de ventouse ? *Ah bah oui, je vous raconte même pas.*

Si oui, avez-vous eu l'occasion de participer à la pose? *Oui, de poser la ventouse et de la faire oui.*

Avez-vous déjà poser une ventouse vous-même ? *Oui*

Q2 : Si oui, dans quelles circonstances ?

C'était des ventouses pour des efforts expulsifs inefficaces, donc partie moyenne/partie basse.

Etiez-vous seule ou accompagnée par un obstétricien (interne ou chef) ? *Non il y avait toujours le chef qui était là, il était présent mais du coup comme il connaît enfin voila bah il me laissait faire.*

Aviez-vous eu une formation avant ? Si oui laquelle ? *Bah formation en tant que telle non on peut pas dire oui après c'était des formations orales et puis de tout ce que j'ai*

vu et puis des chefs qui étaient de garde et qui nous encadraient et voila. Mais une vraie formation en tant que telle un enseignement etc non ça j'en ai pas eu. Enfin si on en avait ceci dit pendant les études, j'ai fais je me rappelle avoir eu un cours d'obstétrique sur les instruments et tout ça, la pose des forceps et puis dans le bouquin de manœuvres obstétricales c'est pareil il y avait un chapitre sur les instruments donc bien évidemment si un cours de base si je peux quand même dire que j'en ai eu une pendant mes études.

Avez-vous trouvé cela techniquement difficile ? *Non.*

Etiez-vous à l'aise ? *Oui.*

Pensez-vous être capable de réaliser ce geste seule ? *Oui*

Pensez-vous qu'il existe certaines situations où la ventouse peut entrer dans le domaine de la physiologie?

Si oui, lesquels?

Bah oui pour la non progression. Pour une petite aide, des fois il suffit de pas grand-chose en faite de le débloquent parce que la patiente avec ces efforts de poussée voila et puis hop on le débloquent un tout petit peu et puis voila elle continue à pousser et elles terminent toutes seules leur accouchement. Donc oui.

Q3 : Pensez-vous que cette pratique a une place dans notre métier ? Pourquoi ?

Bah oui du coup pour ça oui, dans ce cadre là oui. Après il y a toute la question des anomalies de tracé et ça c'est vraiment un autre chapitre et je ne sait pas enfin en tout cas si c'est à la sage-femme de gérer c'est absolument pas pour le coup ça c'est certain toute seule et c'est forcément avec l'obstétricien.

Q4 : Si une formation à l'utilisation de la ventouse était ouverte aux SF, la suivriez-vous ?

Pourquoi ?

Bah pourquoi pas oui si j'en avait eu l'occasion et si ça m'avait été utile oui bien sûr.

Q5 : Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser si cela faisait partie des compétences ? Pourquoi ?

Si oui, dans quelles situations utiliseriez-vous la ventouse ?

Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser en toutes circonstances ou seulement dans certains cas ? (Expliquez)

Si non, pourquoi ?

Oui oui. Pour non progression, aide maternelle.

Q6 : Selon vous existe-t-il des situations dans lesquelles il serait légitime pour la sage-femme d'utiliser la ventouse ?

Bah c'est toujours la même chose, efforts expulsifs inefficaces bon voilà et puis après bon en imaginant qu'on soit toute seule mais moi je faisais pas en étant toute seule hein, enfin si la ventouse se détache c'est peut être qu'elle est mal posée et qu'il faut la reposer mais enfin pas insister etc et rapidement appeler pour avoir un avis obstétrical de chef.

Q7 : Pensez-vous qu'il existe une limite à l'usage de la ventouse ?

Si oui, jusqu'à quel moment la SF devrait l'utiliser et à partir de quand devrait-elle passer la main à l'obstétricien, selon vous ?

Oui de pas faire ta ventouse toute seule pendant un quart d'heure et que ça donne rien et de pas appeler ça ça semble évidemment pas sécuritaire pour le bébé. Donc la sage-femme devrait passer la main à l'obstétricien oui je sais pas je vais dire un truc aléatoire mais au bout de 5 minutes enfin je veux dire si tu fais ton geste ton instrument etc puis que tu y arrives pas que ça se débloque pas etc t'insistes pas toute seule pendant 20 minutes dans ton coins ça c'est pas de la bonne obstétrique ça.

Q8 : S'il existait un protocole ou algorithme de prise en charge (type réa, HPPI) cela faciliterait son utilisation pour vous ?

Oui oui oui.

Q9 : Pensez-vous que l'utilisation de la ventouse dans un contexte donné devrait faire partie des compétences de la sage-femme ? Dans quel contexte (indications spécifiques et de manière occasionnelle ou plus large)?

Oui ça pourrait, oui oui oui. Pas tout ouvert non non mais dans un cadre oui.

Q10 : Pour résumer, si l'utilisation de la ventouse faisait partie des compétences, l'utiliserez-vous ?

Si oui, pour quelles raisons? Si non, pour quelles raisons?

Oui. Et puis attention il y a la hauteur aussi par exemple moi je me lancerait pas sur une ventouse en partie haute toute seule quoi je ferais pas ça par exemple. Donc il y a tout un cadre à fixer.

Parce que c'est un bénéfice pour le couple mère/enfant que je prends en charge c'est d'améliorer leur prise en charge c'est de faire en sorte que l'accouchement se passe le mieux possible pour la mère et le bébé donc c'est nos prérogatives aussi de sage-femme, c'est nos objectifs c'est de faire en sorte que l'accouchement et l'état du bébé et de la mère à la naissance soient améliorés enfin tous ces paramètres là qu'on connaît. C'est d'améliorer leur prise en charge bien sur.

Q11 : Selon vous, l'utilisation de la ventouse comporte-t-elle des risques pour les patientes ou le fœtus ?

Bah pour l'enfant oui si on insiste trop si on sait pas régler qu'on met trop de pression tout ça c'est le décollement de scalp mais c'est pareil c'est des choses qu'on apprend voilà et puis pour la mère, après c'est si tu la fait pas au bon moment dans les bonnes conditions techniques c'est à dire si tu fais une ventouse d'engagement forcément c'est n'importe quoi donc ça va faire n'importe quoi et tu vas avoir des séquelles maternelles. Mais si tu fais ta ventouse dans le bon cadre au niveau maternel il y a pas beaucoup de séquelles après bon bah il y a la problématique de l'épisiotomie des trucs comme ça mais ça c'est voilà c'est inhérent à tout accouchement.

Des risques pour les sages-femmes ?

Bah non si c'est cadré, légiféré, un enseignement non bah après c'est comme tout les autres trucs qu'on fait tout ce qu'on fait ça comporte des risque c'est une responsabilité après c'est non bien sur que non.

Q12 : Pensez-vous que si la sage-femme pouvait l'utiliser il y aurait un impact sur le nombre d'extractions ? Sur la prise en charge générale de la parturiente?

Non. Exactement pareil j'en sais rien, moins je sais pas mais plus je pense pas que on ferait des ventouses pour le plaisir de faire des ventouses on ferait des ventouses parce que c'est nécessaire de la faire et que c'est comme l'épisiotomie on les fait parce que c'est nécessaire on les fait pas enfin c'est celle qui coupe si suture bon même si on ça fait partie de notre métier qu'on aime bien faire ça enfin suturer quand il y a plein de boulot ça prend du temps et tout et on fait pas enfin moi j'ai jamais fais des épisiotomies pour le plaisir de faire l'épisiotomie et de la suturer. Je faisais une épisiotomie parce que je pensais que c'était indispensable pour la mère et l'enfant donc voilà et bah c'est pareil pour la ventouse donc je sais pas si on en ferait plus je vois pas pourquoi on en ferait plus on ferait ce qui est nécessaire après est-ce que ça en ferait moins ça j'en sais rien mais...

Pensez-vous qu'il y a des avantages à ce que la sage-femme pratique l'extraction ? Lesquels ?

Bah disons peut-être que ça la stresserait un peu moins que de voir arriver dans la salle d'accouchement un interne, le chef etc qu'on appelle pour les extractions instrumentales et qu'elle vivrait ça un peu plus sereinement. Bon après en l'état actuel des choses comme c'est à nous d'expliquer etc que la situation est pas forcément gravissime mais que du coup on fait appel à l'interne ou au chef etc donc oui on peut imaginer que ça serait un tout petit peu moins anxiogène pour les patientes.

Q13 : Si la compétence était ouverte aux sages-femme, pensez-vous que son utilisation dépendra du contexte ? (type de maternité et de la disponibilité des médecins)

Alors ça... idéalement ça devrait être ça mais on sait très bien qu'en fonction des maternités c'est pas les mêmes écoles il y a pas les mêmes consensus etc les mêmes protocoles les mêmes façons de faire, c'est pas entre guillemets les mêmes écoles d'obstétrique et que du coup ça se passe différemment voila.

Q14 : Pensez-vous que l'ajout de la ventouse aux compétences des sages-femmes modifierait la nature de notre au métier, ou au contraire le compléterait ?

Non moi je le vois comme un complément, après c'est pas parce qu'on ferait des ventouses qu'on serait des moins bonnes sages-femmes hein et c'est simplement qu'il y a des fois voilà faut une toute petite aide, faut débloquer, après est-ce que c'est parce que... pourquoi certaines patientes en poussant les efforts expulsifs suffisent pas... bon des fois c'est parce que c'est des plus gros bébés donc on le sait, parce qu'elles ont des péri alors après il y a tout le problème de la péri, il y a la préparation et tout ça mais ça c'est pas... si elles ont pas fait de préparation ou des choses comme ça mais même des fois quand elles ont fait de la prépa, alors après est-ce que tu peux dire que c'est la faute des dames je crois pas il y a des dames qui y mettent vraiment tout leur cœur et puis bon elles ont beau pousser a un moment donné ça coince un peu et il faut aider justement la ventouse c'est ce qu'il y a... c'est quand même assez physiologique quoi quand tu fais une ventouse si tu mets pas trop de pression que tu débloques un coup et puis elles finissent parce que moi je faisais des ventouses où après je finissais l'accouchement hein c'était vraiment une ventouse pour débloquer un peu et plus après dès que tu sens que c'est débloqué hop elle continue à pousser et puis tu termines ton accouchement etc dégager la tête et tout ça donc voilà ça le compléterait ouais.

Q15 : Que pensez vous que cette compétence peut apporter à la profession de sage-femme ? Pouvez-vous expliquer ?

Bah du coup c'est toujours un complément, c'est toujours un plus, c'est toujours valoriser le fait qu'on peut globalement plus toute seule en tant que sage-femme prendre en charge le couple mère-enfant et être autonome, indépendante dans la prise en charge d'une grossesse qui reste et un accouchement qui reste physiologique.

ANNEXE VII

Entretien n°8

- Quel age avez-vous ? *25 ans*
- Sexe : *Femme*
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *2018*
- Dans quels services avez-vous (le plus) exercé au cours de votre carrière et dans quel type de maternité ? *En salle de naissance, 2B*

Q1 : Avez vous déjà assisté à une pose de ventouse ? *Oui*

Si oui, avez-vous eu l'occasion de participer à la pose? *Juste de l'observation.*

Avez-vous déjà poser une ventouse vous-même ? *Non*

Q2 : Si non, connaissez-vous les indications de l'extraction par ventouse ? *Je sais que l'enfant ne doit pas avoir de... au niveau de la tête il faut pas qu'il y ait de malformations ou quoi. Il peut être dans n'importe quelle position, on peut l'utiliser pour tourner la tête fœtale et je pense il me semble qu'elle peut être posée dès le détroit moyen.*

Que pensez-vous de l'utilisation de cet instrument ? *Moi j'avoue j'ai un petit peu de mal avec cet instrument, je préfère limite... enfin en tout cas pour le coté maman c'est vrai que je trouve que ça préserve plus peut être que les autres instruments comme les spatules ou le forceps mais pour le coté fœtal je trouve que c'est un peu plus délétère, enfin j'ai déjà eu des têtes qui sont vraiment ressorties avec des excoriations enfin on voyait vraiment la peau qui sortait, c'était vraiment... enfin je trouve que pour le côté fœtal c'est pas le meilleur instrument.*

Connaissez-vous la technique de pose ? Si oui comment l'avez-vous appris ? *La technique de pose euh... j'ai l'impression que tu peux, bah c'est surtout au niveau de l'occiput normalement que tu peux le poser il me semble et après ça dépend de la ventouse mais bon on utilise surtout des ventouses de kiwi et bah t'exerces la pression et t'essayes de faire une flexion de le tête je suppose avec une traction*

douce aidée par les poussées de la maman, il me semble que c'est ça.

Ouais je crois pas qu'on ait eu de cours... pourtant ça remonte à il y a pas longtemps du coup vu que ça fait pas longtemps que je suis diplômée mais je crois pas que j'ai eu des cours sur l'extraction enfin pas vraiment sur le comment marche les instruments. Ouais c'est vraiment de l'observation et ce que les médecins disent comme retour à l'interne par exemple « ouais tu dois la poser comme ci comme ça, tu dois faire ci tu dois faire ça » ouais c'est comme ça que j'en déduis un petit peu les indications et comment la poser.

Pensez-vous être capable de réaliser ce geste seule ? Ça dépend d'où est l'enfant, si c'est par exemple parce que la maman elle pousse pas assez euh je pense que je pourrais la poser enfin dans des situations où c'est l'urgence oui je me verrais la poser mais il faut pas que ce soit trop compliqué, il faut pas que le bébé soit trop haut enfin il faut pas qu'il soit très loin je pense.

Pensez-vous qu'il existe certaines situations où la ventouse peut entrer dans le domaine de la physiologie? Non.

Q3 : Pensez-vous que cette pratique a une place dans notre métier ? Pourquoi ?

Je pense oui que ça pourrait être utile qu'on sache la poser, je pense. Que au pire des cas enfin si jamais ça marche pas on appelle les médecins pour réaliser un autre instrument ou que lui repasse derrière pour réessayer une autre tentative. Au moins qu'on essaye une ou deux fois et si vraiment ça marche pas on laisse la main mais je pense vraiment que ça peut être un instrument qu'on pourrait utiliser peut être un peu plus régulièrement ouais.

Q4 : Si une formation à l'utilisation de la ventouse était ouverte aux SF, la suivriez-vous ?

Pourquoi ?

Oui. Pour pouvoir l'utiliser après et par intérêt.

Q5 : Seriez-vous prête à l'utiliser si cela faisait partie des compétences ? Pourquoi ?

Oui.

Si oui, dans quelles situations utiliseriez-vous la ventouse ?

Bah après il faut que ce soit cadré comme le reste des instruments, enfin qu'il y ait un protocole soit des recommandations ou alors un protocole spécifique à chaque maternité. Mais oui il faudrait que ce soit cadré.

Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser en toutes circonstances ou seulement dans certains cas ?

Bah du moment que les situations sont cadrées, qu'on nous dit pour ça on fait la ventouse. Mais pour le reste...mais...fff... ouais je vois ce que tu veux dire euh oui non je pense qu'il faut que ce soit cadré dans telle situation on peut la tenter et dans d'autres peut-être un petit peu plus complexes euh mais déjà pour moi quand elles sont un peu plus complexes je suis pas sûre que ce soit la ventouse qui soit le bon instrument quand c'est je pense plus complexe ça sera peut être une autre méthode d'extraction. Pour moi la ventouse c'est que c'est une situation plutôt simple et que du coup dans laquelle on pourrait l'utiliser.

Q6 : Selon vous existe-t-il des situations dans lesquelles il serait légitime pour la sage-femme d'utiliser la ventouse ?

Ouais, comme les efforts expulsifs insuffisants, ou non progression du mobile fœtal alors quand on est sûr de l'engagement de l'enfant et que c'est pas un macrosome, mais ouais par exemple des ces situations là ou quand c'est peut-être une postérieure et essayer si on arrive pas manuellement d'essayer avec la ventouse voila c'est plus dans ces situations là.

Q7 : Pensez-vous qu'il existe une limite à l'usage de la ventouse ?

Oui, oui.

Si oui, jusqu'à quel moment la SF devrait l'utiliser et à partir de quand devrait-elle passer la main à l'obstétricien, selon vous ?

Peut-être plus dans les situations d'urgences si je suis pas tout à fait sûre enfin si j'ai des doutes bah comme d'habitude j'appellerais les médecins et euh sinon... ouais voila plus dans des situations d'urgence comme des anomalies du rythme, une bradycardie d'expulsion ou quoi je pense que j'appellerais je pense que ça ça nécessiterait plus que ce soit le médecin qui le fasse. Et dans des situations ou le

rythme est vraiment parfait mais c'est juste un problème maternel on va dire, qu'elle pousse pas très bien ou que ça avance pas trop pour l'aider un petit peu, fatigue maternelle je pense que là on pourrait l'aider.

Q8 : S'il existait un protocole ou algorithme de prise en charge (type réa, HPPI) cela faciliterait son utilisation pour vous?

Oui, ouais ah bah oui complètement.

Q9 : Pensez-vous que l'utilisation de la ventouse dans un contexte donné devrait faire partie des compétences de la sage-femme ? Dans quel contexte (indications spécifiques et de manière occasionnelle ou plus large)?

Oui. Je pense que ça serait mieux que ce soit cadré donc qu'il y ait des indications déjà posées. Donc comme fatigue maternelle etc. et d'autres que ce soit plus le médecin ouais.

Q10 : Pour résumer, si l'utilisation de la ventouse faisait partie des compétences, l'utiliserez-vous ? *Oui.*

Q11 : Selon vous, l'utilisation de la ventouse comporte-t-elle des risques pour les patientes ou le fœtus ?

Ouais, alors pour les mamans je pense pas, alors risque je pense que c'est peut-être un grand mot pour les mamans euh ça peut être oui certainement peut-être délétère pour le périnée mais franchement beaucoup moins je pense que pour les autres instruments. Une ventouse je pense que ça favorise aussi peut être plus les épisiotomies mais bon ça c'est vraiment selon chacun. Et fœtales oui, franchement je pense que beaucoup plus de risques d'anémie je pense d'ictères voilà et puis au niveau de la douleur c'est très souvent après une ventouse que je suis obligée de donner un petit peu de Doliprane aux bébés.

Des risques pour les sages-femmes ?

Bah ouais c'est ça en faite je trouve euh comment dire que il faudrait que ce soit reconnu, déjà on fait enfin on est un des seuls pays où on est une profession médicale et ça c'est quand même déjà entre guillemets le job du médecin la ventouse et le fait

que ce soit nous qui l'utilisions enfin si on pouvait l'utiliser il faudrait qu'on soit un petit peu plus reconnues à ce niveau là enfin ça reste quand même un instrument obstétrical et ouais je pense que ça nécessiterait un petit peu plus de reconnaissance, que ce soit peut être acté s'il y a une ventouse enfin voilà.

Q12 : Pensez-vous que si la sage-femme pouvait l'utiliser il y aurait un impact sur le nombre d'extractions ?

Je pense pas, ça m'étonnerais. Je pense que c'est beaucoup plus les médecins qui sont interventionnistes, enfin quand je vois que quand je fais un accouchement et qu'il y a le médecin derrière c'est plus lui qui va être « bon là aller 30 minutes qu'elle pousse on y va » alors que bon le rythme peut être nickel et que bon certes ça avance doucement mais je pense que ça peut le faire. Je pense que les sages-femmes sont peut-être moins interventionnistes ou en tout cas, je sais pas si ça diminuerait mais ça resterait pareil je pense le pourcentage je pense pas qu'il y aurait plus d'utilisation de ventouse.

Sur la prise en charge générale de la parturiente?

Non, je pense pas non plus.

Pensez-vous qu'il y a des avantages à ce que la sage-femme pratique l'extraction ?
Lesquels ?

Ouais, franchement carrément parce que c'est souvent je trouve que au final quand on appelle le médecin pour telle ou telle raison soit des anomalies du rythme ou enfin quand le bébé n'est pas très loin généralement ça se fini par une ventouse ça dur quelques secondes et des fois ouais bah ça évite, le médecin il est toujours occupé enfin l'interne, les médecins toujours occupés, toi t'es là pour ton accouchement si au moins tu pouvais faire ça je pense que ça réduirait, enfin ça aiderait grandement les médecins et ça éviterait... ouais non franchement je pense ça aiderait pas mal le service, enfin des fois bah nous en plus par exemple on a que un couple interne/chef et quand ils partent en césarienne et que tu dois faire une extraction et que le bébé il est pas très loin mais qu'il y a des anomalies du rythme enfin qu'il doit vite sortir et que ça nécessite juste une ventouse je pense que ça pourrait être vachement bénéfique qu'on puisse l'utiliser.

Q13 : Si la compétence était ouverte aux sages-femme, pensez-vous que son utilisation dépendra du contexte ? (type de maternité et de la disponibilité des médecins)

Non je pense que ça pourrait être... que on pourrait l'ouvrir dans toutes les maternités je vois pas pourquoi dans un niveau 1 elles auraient moins le droit de l'utiliser que dans un niveau 3 ou inversement, c'est pas parce qu'il y a pleins de médecins enfin justement s'il y a plusieurs médecins c'est que c'est une grosse maternité et donc ils sont occupés ailleurs enfin je suppose donc non. Et en type 1 c'est pareil ça éviterait peut être d'appeler le médecin s'il est d'astreinte ou quoi euh non là justement un avantage aussi et que et je vois pas de différence ce serait partout ce serait pour moi à généraliser dans toutes les maternités.

Q14 : Pensez-vous que l'ajout de la ventouse aux compétences des sages-femmes modifierait la nature de notre au métier, ou au contraire le compléterait ?

Bah on est une profession médicale donc normalement ça reste...c'est pas une opération même les instrument le reste comme les forceps où même ça pour moi les instrument je comprend pas pourquoi enfin je sais pas trop pourquoi les sages-femmes n'ont pas le droit d'utiliser les instruments. Ok ça reste complexe mais c'est comme pleins de choses enfin c'est... la césarienne bah je comprends bien que les sages-femmes ne puissent pas on est pas médecin c'est pas c'est un acte chirurgical mais c'est vrai que les instruments c'est pas un acte chirurgical donc moi ça serait plus compléter je pense pas modifier on est pas une profession paramédicale donc ça serait ouais compléter nos compétences.

Q15 : Que pensez vous que cette compétence peut apporter à la profession de sage-femme ? Pouvez-vous expliquer ?

Peut-être plus d'indépendance encore un petit peu plus ouais en salle de naissance, après c'est sur que ça peut être aussi une sécurité enfin c'est pas toi qui fais la ventouse c'est le médecin bon... après j'ai rarement vu de gros accidents avec la ventouse enfin bon à part le bébé qui peut être bon un peu amoché mais je trouve que tu prends pas trop trop de risque en posant une ventouse donc... ouais.

ANNEXE VIII

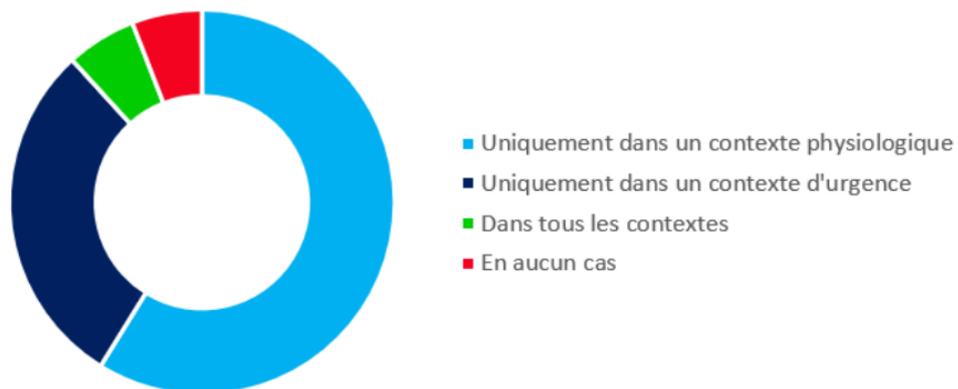


Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon le contexte dans lequel elles envisagent d'utiliser la ventouse