



**HAL**  
open science

## Informations reçues sur l'accouchement instrumental : enquête de satisfaction des patientes ayant eu une extraction instrumentale à l'Hôpital Couple-Enfant

Manon Loiseleur

### ► To cite this version:

Manon Loiseleur. Informations reçues sur l'accouchement instrumental : enquête de satisfaction des patientes ayant eu une extraction instrumentale à l'Hôpital Couple-Enfant. Gynécologie et obstétrique. 2024. dumas-04675253

**HAL Id: dumas-04675253**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04675253v1>**

Submitted on 22 Aug 2024

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2024

**INFORMATIONS REÇUES SUR L'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL : ENQUÊTE DE  
SATISFACTION DES PATIENTES AYANT EU UNE EXTRACTION INSTRUMENTALE À  
L'HÔPITAL COUPLE-ENFANT**

**MÉMOIRE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Manon LOISELEUR

*[Données à caractère personnel]*

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE  
Le 13/05/2024

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. Lionel DI MARCO

Membres :

M. le Dr David DESSEAUVE (vice-président)

Mme le Dr Cécilia RICARD (directrice de mémoire)

Mme Claire BAUDON (co-directrice de mémoire)

Mme Marion OUIDIR

*L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

# Informations reçues sur l'accouchement instrumental: Enquête de satisfaction des patientes ayant eu une extraction instrumentale à l'Hôpital Couple-Enfant

## Résumé

**Objectifs** : Évaluer la satisfaction des patientes à propos des informations reçues sur leur extraction instrumentale. Comparer celle-ci entre la salle d'accouchement et les suites de couches, évaluer la clarté et la quantité d'informations reçues et rechercher un lien statistique entre la satisfaction et le recueil du consentement.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive, transversale et monocentrique réalisée par distribution d'un questionnaire en suite de couches.

**Résultats** : 39 patientes ont été incluses. Le score moyen de satisfaction des patientes est de 70,5%. Les patientes sont plus nombreuses à être très satisfaites des informations reçues en suite de couche qu'en salle d'accouchement. 74,3% des patientes considèrent que les informations fournies étaient très claires et 71,8% les estiment totalement suffisantes. Le recueil du consentement est statistiquement associé à une satisfaction plus haute.

**Conclusion** : Les patientes sont plutôt satisfaites des informations reçues. Pour améliorer leur satisfaction, la prise en charge doit surtout évoluer en salle d'accouchement où le consentement doit plus souvent être recueilli. Nous pensons qu'il serait pertinent de réaliser une étude qualitative pour évaluer le vécu de l'accouchement instrumental de ces patientes.

## Mots Clefs :

Accouchement instrumental, Informations, Satisfaction, Consentement

# **Information received about instrumental delivery: Patient satisfaction survey for those who underwent instrumental delivery at the “Hôpital Couple-Enfant”**

## **Abstract**

**Objectives:** Assessing patient satisfaction regarding the information received about their instrumental delivery. Comparing it between the delivery room and postpartum suites, evaluating the clarity and quantity of information received, and seeking a statistical correlation between satisfaction and consent request.

**Methods:** This is an observational, quantitative, descriptive, cross-sectional, and monocentric study conducted through the distribution of a questionnaire in postpartum suites.

**Results:** 39 patients were included in the study. The average patient satisfaction score is approximately 70,5%. Patients are more likely to be very satisfied with the information received in the postpartum suite than in the delivery room. 74.3% of patients consider the information provided to be very clear, and about 71.8% deem it entirely sufficient. Obtaining consent is statistically associated with higher satisfaction.

**Conclusion:** Patients are generally satisfied with the information received. To enhance their satisfaction, management should primarily evolve in the delivery room, where consent should be more frequently obtained. We believe it would be pertinent to conduct a qualitative study to assess the experiences of instrumental delivery among these patients.

## **Keywords :**

Instrumental delivery, Information, Satisfaction, Consent

## Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- **Présidente du jury** : **M. Lionel Di Marco**, Sage-Femme PhD, Directeur du Département de Maïeutique, UGA ;
- **Vice-président du jury** : **Mr le Docteur David DESSEAUVE**, Gynécologue Obstétricien, Praticien Hospitalier (PH), CHUGA ;
- **Directeur de mémoire** : **Mme le Docteur Cécilia Ricard**, Gynécologue-obstétricienne, Praticienne Hospitalière (PH), CHUGA ;
- **Co-directeur de mémoire** : **Mme Claire Baudon**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, UGA ;
- **Sage-femme invitée** : **Mme Marion Ouidir**, Sage-Femme PhD, Institute for Advanced Biosciences, Centre de Recherche UGA, Inserm U1209, CNRS UMR 5309 ;

**Je remercie plus particulièrement:**

- **Claire Baudon**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, UGA et Co-directrice de ce mémoire : pour les nombreuses relectures et pour sa disponibilité, son soutien et sa réactivité ;
- **le Dr Cécilia Ricard**, Gynécologue-obstétricienne, Praticienne Hospitalière (PH), CHUGA et directrice de ce mémoire : pour sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ce mémoire ;

### **Je remercie à titre personnel**

- **Juliette Machot** : pour les innombrables relectures, ton aide précieuse et ton amitié ;
- **Louis Andrieu** : Pour ton soutien, tes conseils et ta présence ;
- **Marie Constant**, Sage-femme, Praticienne hospitalière, CHUGA : pour ta relecture ;
- **Salomé Fournier, Anoukiane Chomel, Cécile Remy, Manon Dalvoute, Mélodie Brosset Heckel et Valentine Bonino**, étudiantes Sage-femme : pour leur aide dans la distribution du questionnaire ;



# Table des matières

Abréviations.....	1
Introduction.....	2
Méthodes.....	5
1. Caractéristique de l'étude.....	5
1.1 Type d'étude.....	5
1.2 lieu et durée de l'étude.....	5
2. Population de l'étude.....	5
3. Nombre de sujets à inclure.....	6
4. Recueil de données.....	6
5. Aspect éthique et réglementation.....	7
6. Méthode.....	7
6.1 Objectif principal : satisfaction générale.....	7
6.2 Objectif secondaire n°1 : comparer la satisfaction en SA et en SDC.....	8
6.3 Objectif secondaire n°2 : clarté et quantité des informations reçues.....	9
6.4 Objectif secondaire n°3 : association entre la satisfaction et la primiparité et association entre la satisfaction et le recueil du consentement.....	9
7. Critères de jugement.....	10
7.1 Critère de jugement principal.....	10
7.2 Critère de jugement secondaire n°1.....	10
7.3 Critère de jugement secondaire n°2.....	11
7.4 Critère de jugement secondaire n°3.....	11
8. Méthode de traitement et analyse des données.....	11
Résultats.....	12
1. Inclusion à l'étude.....	12
2. Caractéristique de la population.....	13
3. Description des résultats.....	14
3.1 Résultat principal.....	14
3.2 Résultats secondaires.....	15
Discussion.....	18
1. Les limites de l'étude.....	18
1.1 Population étudiée.....	18
1.2 Le questionnaire.....	19
1.3 La méthodologie.....	20
2. Discussion des résultats.....	21
2.1 Population.....	21
2.2 L'hypothèse principale.....	22
2.3 Première hypothèse secondaire.....	23
2.4 Deuxième hypothèse secondaire.....	24
2.5 Troisième hypothèse secondaire.....	25
Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	28
Annexe 1 : questionnaire de satisfaction.....	31



## **Abréviations**

AVB	Accouchement par Voie Basse
HCE	Hôpital Couple-Enfant
SA	Salle d'Accouchement
SDC	Suites de Couches
CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes
APD	Analgésie Péri-Durale
ARCF	Anomalies du Rythme Cardiaque Foetal

## **Introduction**

En 2021, 742 100 enfants sont nés en France [1]. 12,4% sont des accouchements par voie basse (AVB) instrumental, soit environ 92 000 nouveaux nés [2]. L'extraction instrumentale est un geste réalisé généralement dans l'urgence permettant l'assistance à la naissance d'un enfant par les voies naturelles au moyen d'un instrument adapté (forceps, spatules, ventouse). Ces différents instruments sont utilisés lorsque le fœtus présente une mauvaise tolérance aux efforts expulsifs pouvant induire une acidose ou encore lorsque, après 30 minutes d'efforts expulsifs, le mobile fœtal ne progresse plus dans le bassin maternel [3].

L'aide instrumentale pendant l'accouchement étant la plupart du temps faite en urgence, l'information et les explications données à son sujet aux patientes concernées ne sont pas toujours claires, voire parfois absentes. Par conséquent, des interrogations peuvent subsister dans la période postnatale après le retour à domicile [4]. Ainsi, peu de femmes estiment que les risques et les avantages d'un accouchement instrumental leur ont été correctement expliqués et certaines soulignent la nécessité d'un débriefing suivant cette procédure [5]. C'est pourquoi les recommandations anglaises préconisent un entretien après l'AVB instrumental entre la patiente et le professionnel ayant effectué l'intervention afin de discuter de son indication, de sa réalisation et des éventuelles complications [6].

Dans une étude de Jukka U et al. réalisée en Finlande en 2005 [7], quatre facteurs pouvant être à l'origine d'un vécu traumatisant de l'accouchement instrumental sont identifiés. On retrouve l'insuffisance de préparation à la naissance, l'impression de ne pas avoir été écouté, le manque de soutien médical pendant la première phase de travail et un soutien insuffisant juste après l'accouchement. Les explications données et le soutien de ces femmes immédiatement après un accouchement instrumental sont donc essentielles au bon déroulement des suites de leur accouchement [7].

Afin que ces patientes conservent une bonne expérience de leur accouchement instrumental, il est également nécessaire de recueillir leur consentement avant l'utilisation de l'aide instrumentale [8]. De plus, le code de déontologie souligne la nécessité de toujours rechercher le consentement du patient, quand celui-ci est en état d'exprimer sa volonté [9]. En outre, certains facteurs comme la primiparité des patientes semblent être associés à des taux de satisfaction autour de l'accouchement plus bas [10], [11], [12].

Très peu d'études ont été menées sur la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'accouchement instrumental et encore moins sur les informations reçues à ce propos. Cependant, l'étude de Bélanger-Lévesque M et al. réalisée en 2014 a évalué via le Birth Satisfaction Scale la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur accouchement qui était aux alentours de 75% [13]. Cette étude a aussi montré que l'accouchement instrumental ne diminuait pas la satisfaction des patientes, nous estimons donc que leur satisfaction est équivalente. La satisfaction des femmes vis-à-vis des informations reçues sur l'accouchement instrumental fait partie intégrante de la satisfaction globale de leur accouchement, ce qui nous permet donc d'estimer que le pourcentage de satisfaction moyen de femmes vis-à-vis des informations reçues sur l'accouchement instrumental se trouve autour de 75%.

Au vue de ces données, nous avons cherché à estimer la satisfaction des patientes sur les informations reçues à propos de leur accouchement instrumental. Ainsi la problématique de notre étude était d'évaluer la satisfaction des patientes ayant eu un accouchement instrumental en ce qui concerne les informations fournies sur l'extraction instrumentale à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE).

L'hypothèse de recherche postulait que le score moyen de satisfaction des patientes de notre étude vis-à-vis des informations reçues sur l'accouchement instrumental était de environ 75% et que celles-ci étaient plus satisfaites des informations fournies en SDC qu'en SA. Nous avons aussi supposé que le recueil du consentement était associé à des taux de satisfaction plus élevés tandis que la primiparité était plutôt associée à des taux de satisfaction plus bas. Enfin, nous avons supposé que les femmes estimaient que les informations qu'on leur a délivrées sur l'accouchement instrumental étaient peu claires et peu suffisantes.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la satisfaction des patientes ayant eu un accouchement instrumental à propos des informations qu'elles ont reçues à ce sujet.

Nous avons plusieurs objectifs secondaires :

Celui de comparer la satisfaction des patientes sur les informations reçues à propos de leur accouchement instrumental immédiatement en salle d'accouchement (SA) puis plus tardivement en suites de couches (SDC).

Celui d'évaluer la clarté et la quantité d'informations reçues concernant l'accouchement instrumental.

Celui d'évaluer l'existence d'une association entre la satisfaction des patientes et la primiparité puis l'existence d'une association entre la satisfaction et le recueil du consentement avant l'utilisation de l'aide instrumentale.

# **Méthodes**

## **1. Caractéristique de l'étude**

### ***1.1 Type d'étude***

Nous avons mené une enquête de satisfaction auprès des patientes. Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive, transversale et monocentrique.

### ***1.2 Lieu et durée de l'étude***

Cette étude se déroulait au sein de l'Hôpital Couple Enfant du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes (CHUGA) à La Tronche dans le service de SDC sur une durée de 6 mois (septembre 2023 - février 2024).

## **2. Population de l'étude**

La population d'étude retenue était composée de femmes ayant eu un AVB instrumental à l'HCE entre septembre 2023 et février 2024.

Ont été incluses dans l'étude :

- les femmes majeures acceptant de participer à l'étude
- les femmes comprenant et parlant le français
- les femmes ayant accouché avec une péridurale à plus de 37 SA d'un enfant vivant par voie basse avec une aide instrumentale
- les femmes hospitalisées en SDC ayant leur enfant avec elles

Ont été exclues de l'étude :

- les femmes ayant eu un antécédent d'accouchement instrumental

### 3. Nombre de sujets à inclure

L'étude a eu pour but de réussir à réunir au minimum 30 questionnaires afin que les moyennes empiriques de notre échantillon suivent la loi Normale pour la réalisation de nos tests statistiques par la suite.

### 4. Recueil de données

Le recueil de données s'est fait via un questionnaire de satisfaction distribué sous format papier en SDC, le jour de la sortie des patientes. Les questionnaires ont été distribués par Manon Loiseleur et des étudiantes sage-femmes en stage dans le service. Une fois remplis, ils ont été immédiatement récupérés. Les questions de cette étude ont été réfléchies et rédigées grâce à plusieurs questionnaires standardisés et validés par la communauté scientifique [14], [15], [16], [17]. Le questionnaire a ensuite été relu et amélioré avec l'aide du Dr Cécilia Ricard, la directrice de ce mémoire (*voir annexe 1*).

Le questionnaire était structuré en trois parties :

- L'introduction permettant de décrire le but de l'étude aux patientes et d'obtenir leur consentement pour participer à l'étude. Le questionnaire était anonyme sans possibilité de ré-identification et numéroté de façon aléatoire pour l'analyse des données.
- La première partie permettant de récolter des informations sur la patiente et comportant trois questions à deux modalités de réponse portant sur le niveau d'étude, la parité et les antécédents d'accouchement instrumentaux de la patiente.
- La deuxième partie portant sur les informations reçues en SA, avec quatre questions. Les questions de cette partie étaient identiques à celle posées en troisième partie en dehors de la question n°4 qui portait sur le consentement
- La troisième partie portant sur les informations reçues en SDC, comportant trois questions.



Pour répondre aux questions des deuxième et troisième parties, nous avons utilisé une échelle de Likert. Chacune des questions comportait cinq modalités de réponse fermées, à savoir « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « neutre », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ». Seule la question quatre portant sur le consentement ne proposait que deux réponses possibles, à savoir « oui » ou « non ».

## **5. Aspect éthique et réglementation**

Le questionnaire a été validé et approuvé par Cécilia Ricard, médecin obstétricien à l'hôpital de Voiron et directrice de ce mémoire.

Cette étude ne nécessitait pas d'autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés puisqu'elle n'utilisait pas de variables sensibles (date de naissance, date de soins...).

Le lancement de l'étude a été accordé après validation du protocole par la délégation de la recherche clinique et de l'innovation en septembre 2023.

En août 2023, nous avons obtenu l'autorisation de service par Sylvie-Françoise Caraby, cadre des suites de couche à l'HCE pour débiter l'étude.

## **6. Méthode**

### ***6.1 Objectif principal : satisfaction générale***

Le degré de satisfaction a été évalué via les questions n°7 et 10 du questionnaire. Celles-ci portaient sur la satisfaction des patientes concernant les informations qu'elles ont reçues sur l'accouchement instrumental en SA et en SDC. Ces deux questions comportaient cinq modalités de réponses auxquelles nous avons attribué une valeur selon l'échelle suivante :

Réponse possible	Valeur attribuée
Pas du tout d'accord	0
Plutôt pas d'accord	1
Neutre	2
Plutôt d'accord	3
Tout à fait d'accord	4

Ainsi, une note entre zéro et quatre a été obtenue pour chaque question. Nous avons par la suite ajouté ces deux notes afin d'obtenir une note sur huit que nous avons transformée en pourcentage.

Pour finir, nous avons effectué la moyenne de tous ces pourcentages déterminant ainsi le pourcentage de satisfaction moyen des patientes vis-à-vis des informations reçues sur leur accouchement instrumental. Pour répondre à cet objectif, nous avons donc travaillé avec des variables quantitatives continues.

Nous avons aussi classé les patientes dans des groupes de niveau de satisfaction grâce aux pourcentages de satisfaction globale de chacune d'entre elles selon les seuils définis ci-dessous:

Groupe	Pourcentage de satisfaction
Insatisfaite	[0%-25%[
Peu satisfaite	[25%-50%[
Plutôt satisfaite	[50%-75%[
Très satisfaite	[75%-100%]

## **6.2 Objectif secondaire n°1 : comparer la satisfaction en SA et en SDC**

Pour répondre à cet objectif, la méthode était similaire à celle de l'objectif principal : nous avons utilisé les mêmes questions (7 et 10). La question n°7 s'intéressait plus précisément aux informations reçues en SA et la question n°10 aux informations reçues en SDC.

Ces deux questions comportaient cinq modalités de réponses auxquelles nous avons attribué une valeur entre zéro et quatre, permettant d'obtenir une note sur quatre que nous avons transformée en pourcentage, déterminant ainsi à quel niveau de satisfaction appartenait chaque patiente selon les seuils définis précédemment. Nous avons ensuite comparé les effectifs de chaque seuil de satisfaction entre ceux de la SA et ceux de SDC.

Pour répondre à cet objectif, nous avons donc travaillé avec des variables quantitatives continues.

## **6.3 Objectif secondaire n°2 : clarté et quantité des informations reçues**

Afin de répondre à cet objectif, nous avons utilisé les questions n° 5, 6, 8 et 9 de notre questionnaire qui portaient sur la clarté et la quantité d'informations reçues en SA et en SDC.

Chacune de ces questions comportaient cinq modalités de réponses auxquelles nous avons attribué une valeur entre zéro et quatre, permettant d'obtenir quatre notes sur quatre. Ensuite, nous avons ajouté les deux notes des questions n°5 et 8 portant sur la clarté des informations reçues en SA et en SDC, obtenant ainsi une note sur huit, puis nous l'avons transformé en pourcentage. Nous avons répété le même procédé pour les questions n° 6 et 9 portant sur la quantité d'informations reçues en SA et en SDC.

Ensuite, nous avons classé les pourcentages obtenus de chaque patiente selon les seuils suivants :

Groupes	Pourcentage
Informations insuffisantes/pas du tout claires	[0%-25%[
Informations peu suffisantes/peu claires	[25%-50%[
Informations plutôt suffisantes/plutôt claires	[50%-75%[
Informations totalement suffisantes/très claires	[75%-100%]

Pour répondre à cet objectif, nous avons donc utilisé des variables quantitatives continues.

#### ***6.4 Objectif secondaire n°3 : association entre la satisfaction et la primiparité et association entre la satisfaction et le recueil du consentement***

Pour répondre à cet objectif, nous avons utilisé les questions n°2 et 4. La question n° 2 portait sur la parité avec deux modalités de réponses possibles tandis que la question n°4 portait sur le consentement avec aussi deux modalités de réponses. Nous avons effectué le test exact de Fisher qui nécessite une variable qualitative binaire et une variable qualitative ordinale :

- La variable qualitative ordinale correspondait aux seuils de satisfaction globale établis précédemment.
- Les variables qualitatives binaires étaient la primiparité et le recueil du consentement. Pour la parité, nous avons traité deux groupes : le groupe de sujet primipare et multipare et pour le consentement, nous avons considéré deux groupes : le groupe de sujet où le consentement a été recueilli et celui où il n'a pas été recueilli.

Nous avons ensuite obtenu une P-value qui nous a permis d'établir la présence d'un lien statistique ou non entre les deux variables :

- Si P-value > 0,05 alors aucune association statistique entre les deux variables n'était prouvée dans notre étude.

- Si P-value < 0,05 alors une association statistiquement significative entre les deux variables était démontrée.

L'intervalle de confiance était fixé à 95%.

## **7. Critères de jugement**

### ***7.1 Critère de jugement principal***

Le critère de jugement principal correspondait au pourcentage moyen de satisfaction globale des femmes à propos des informations reçues sur leur accouchement instrumental.

### ***7.2 Critère de jugement secondaire n°1***

Le critère de jugement secondaire n°1 correspondait aux pourcentages de satisfaction des patientes en SA que nous avons comparé avec ceux en SDC.

### ***7.3 Critère de jugement secondaire n°2***

Le critère de jugement secondaire n°2 correspondait au pourcentage de patientes ayant jugé les informations reçues sur leur accouchement instrumental très claires et totalement suffisantes.

### ***7.4 Critère de jugement secondaire n°3***

Le critère de jugement secondaire n°3 correspondait aux effectifs de chaque seuil de satisfaction globale des patientes rapporté aux effectifs de patientes à qui on a recueilli ou non le consentement et aux effectifs de patientes qui étaient des primipares ou des multipares.

## **8. Méthode de traitement et analyse des données**

Les données ont été synthétisées sous forme de tableaux par le biais du logiciel Excel. Nous avons ensuite utilisé le logiciel R4web pour l'analyse des données et l'application du test exact de Fisher.

# Résultats

## 1. Inclusion à l'étude

Pour la période du 01/09/2023 au 29/02/2024, 48 questionnaires ont été distribués en SDC à l'HCE. Quatre questionnaires n'ont pas été récupérés, trois questionnaires ont été exclus à posteriori, car ils contenaient un critère d'exclusion (antécédent d'accouchement instrumental) et deux questionnaires étaient non interprétables (mal remplis) . Au total, nous avons collecté 39 questionnaires.

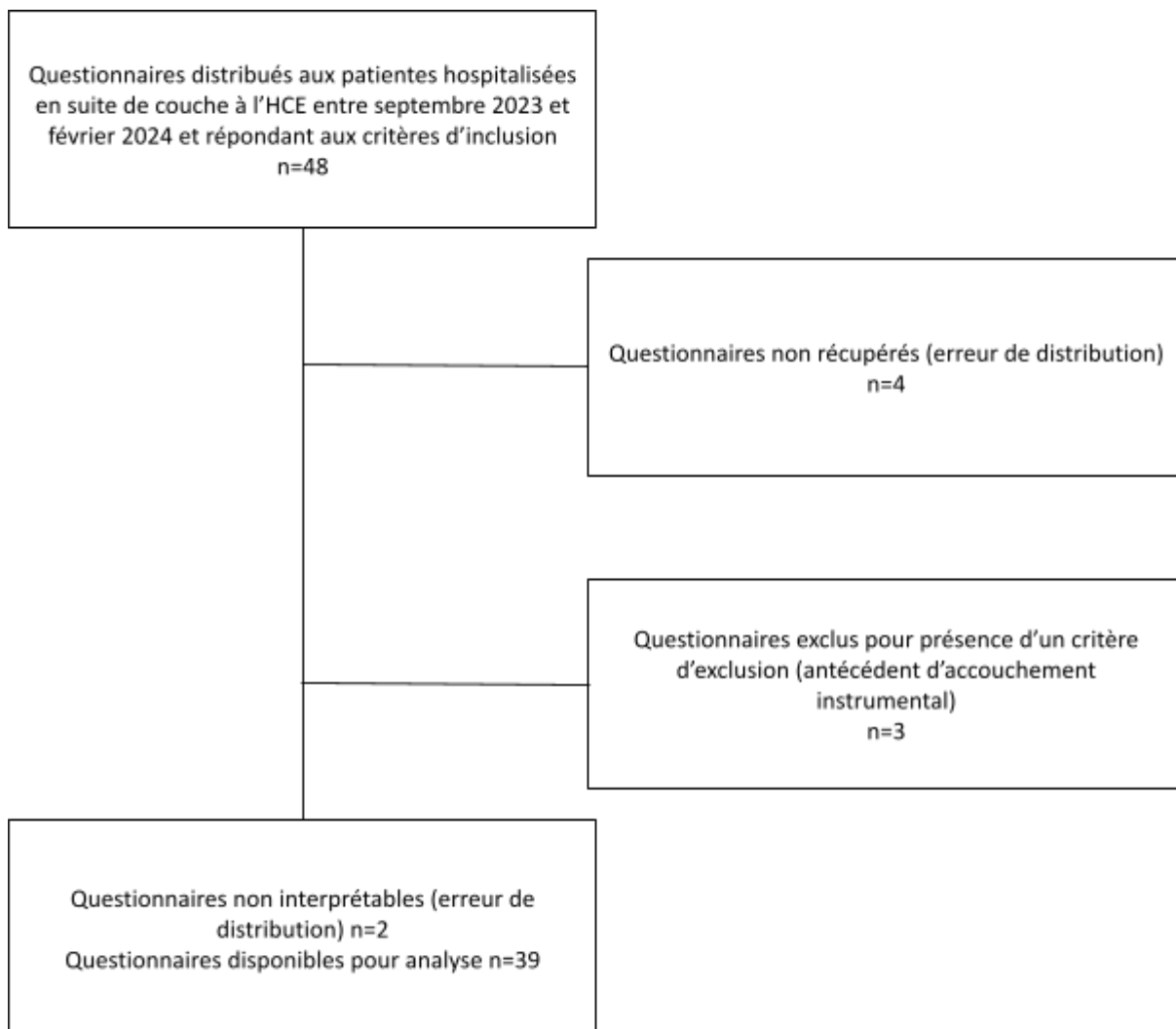


Figure 1 : Diagramme d'inclusion dit "flow-chart"

Aucune patiente n'a refusé de participer à notre étude (pourcentage de réponse = 100%).

Quatre questionnaires n'ont pas été récupérés, car ils ont été oubliés dans les chambres des patientes, tandis que deux questionnaires étaient non interprétables puisque la page une du questionnaire n°46 et la page deux du questionnaire n°47 ont été données en même temps. Le pourcentage d'erreurs de distribution est donc de 12,5%

## 2. Caractéristique de la population

*Tableau I : caractéristique de la population d'étude*

Niveau d'étude	Effectif N (%*)
niveau BAC et moins	14 (35,9%)
niveau BAC+1 et plus	25 (64,1%)
Parité	
Primipare	28 (71,8%)
Multipare	11 (28,2%)
Consentement recueilli	
oui	25 (64,1%)
non	14 (35,9%)

*\*Pourcentages arrondis au dixième près*

Les patientes de notre étude avaient pour la plupart un niveau BAC+1 et plus (64,1%). Notre population d'étude était composée de 71,8 % de primipare. Le consentement avant l'utilisation de l'aide instrumentale a été demandé dans 64,1% des cas.

### 3. Description des résultats

#### 3.1 Résultat principal

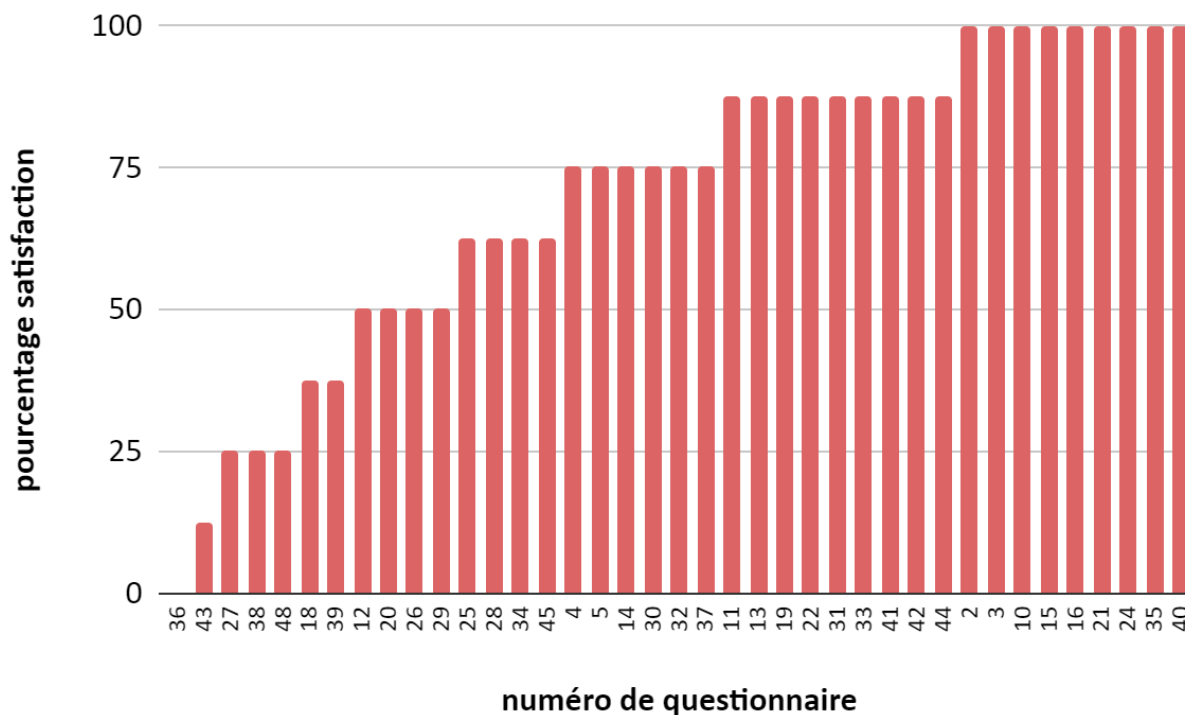


Figure 2 : Représentation des pourcentages de satisfaction globale obtenus

Le score moyen de satisfaction des patientes de notre étude s'élève à environ 70,5%.

Tableau II : Satisfaction globale au sujet des informations reçues sur l'accouchement instrumental

Seuils de satisfaction	Effectif N (%*)
Insatisfaite	2 (5,1%)
Peu satisfaite	5 (12,8%)
Plutôt satisfaite	8 (20,5%)
Très satisfaite	24 (61,6%)

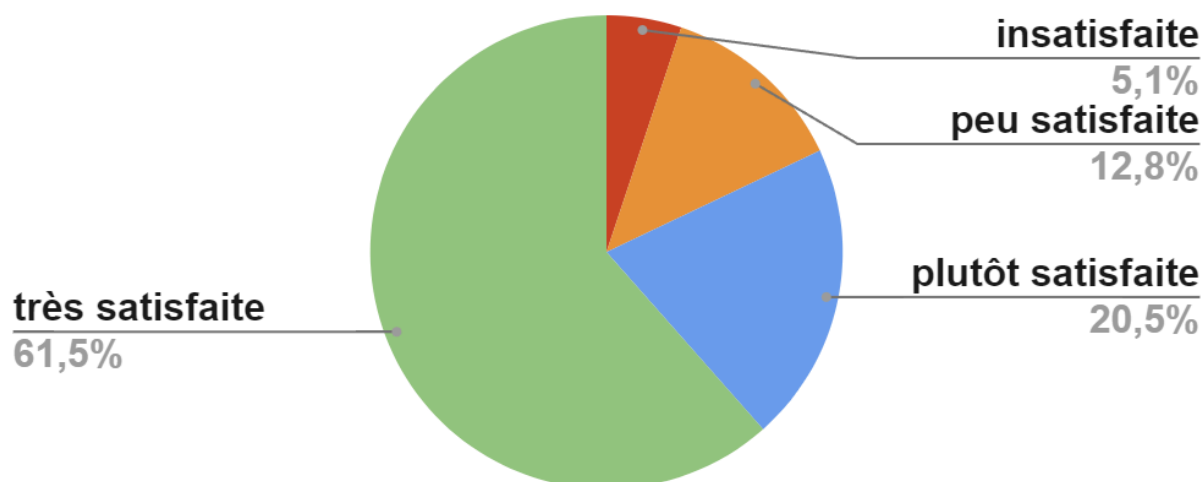
\*Pourcentages arrondis au dixième près

Approximativement 17,9% des patientes de notre étude sont insatisfaites/peu satisfaites vis-à-vis des informations qu'on leur a fournies sur leur accouchement instrumental.

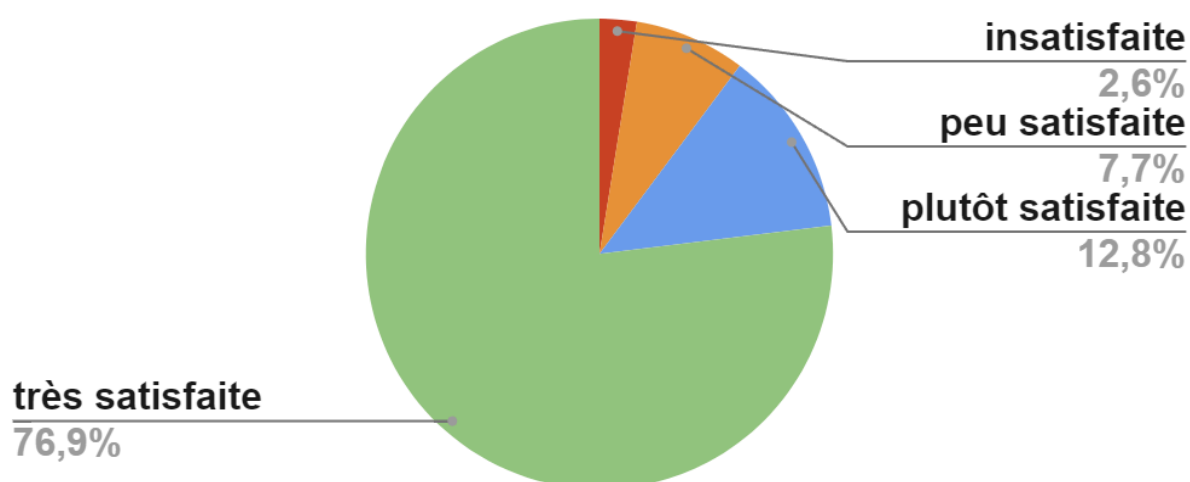


### 3.2 Résultats secondaires

#### En SA



#### En SDC



*Figures 3 et 4: Satisfaction des patientes au sujet des informations reçues sur l'accouchement instrumental en SA et en SDC\**

*\*Pourcentages arrondis au dixième près*

Dans notre étude, environ 59% des patientes sont très satisfaites des informations reçues au sujet de leur accouchement instrumental en SA contre environ 76,9% en SDC.

De plus, 5,1% des patientes sont insatisfaites et 12,8% sont peu satisfaites des informations reçues en SA.

*Tableau III : Clarté et quantité d'informations reçues sur l'accouchement instrumental*

Seuils	Effectif N (%*)
<b>Clarté des informations reçues</b>	
Informations pas du tout claires	1 (2,6%)
Informations peu claires	1 (2,6%)
Informations plutôt claires	8 (20,5%)
Informations très claires	29 (74,3%)
<b>Quantité d'informations reçues</b>	
Informations insuffisantes	1 (2,6%)
Informations peu suffisantes	2 (5,1%)
Informations plutôt suffisante	8 (20,5%)
Informations totalement suffisantes	28 (71,8%)

*\*Pourcentages arrondis au dixième près*

Environ 74,3% des patientes de notre étude considèrent que les informations fournies au sujet de leur accouchement instrumental étaient très claires et environ 71,8% estiment que les informations reçues étaient totalement suffisantes.

De plus, approximativement 5% des patientes de notre étude ont jugé que les informations n'étaient pas du tout/peu claires et environ 7,7% des patientes les ont considérées insuffisantes/peu suffisantes.

Tableau IV : Tableau de contingence entre la satisfaction des patientes et la parité

		<b>N lignes</b>	Insatisfaite	Peu satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite	<b>P-value</b>
<b>Parité</b>	Primipare	28	2	5	4	17	0,271
	Multipare	11	0	0	4	7	
<b>N colonnes</b>		<b>39</b>	2	5	8	24	

Tableau V : tableau de contingence entre la satisfaction des patientes et le recueil du consentement

		<b>N lignes</b>	Insatisfaite	Peu satisfaite	Plutôt satisfaite	Très satisfaite	<b>P value</b>
<b>Consentement recueilli</b>	Non	14	2	4	5	3	0,0003
	Oui	25	0	1	3	21	
<b>N colonnes</b>		<b>39</b>	2	5	8	24	

# **Discussion**

## **1. Les limites de l'étude**

### ***1.1 Population étudiée***

Un des principaux biais de notre étude que nous avons identifié est le biais de sélection : nous avons volontairement sélectionné notre population d'étude en établissant plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion. Le but était de réussir à écarter certaines patientes qui risquaient de mal évaluer les informations reçues et leur satisfaction en raison de leur accouchement et de ses suites. En effet, la satisfaction est inévitablement impactée par le vécu des patientes : si l'accouchement et ses suites se déroulent dans des conditions stressantes et inattendues, les scores de satisfaction risquent d'être plutôt sous-évalués. On parle alors de biais de confirmation. C'est pourquoi les naissances particulières comme l'interruption médicale de grossesse, l'accouchement prématuré ou l'accouchement de jumeaux ont volontairement été écartées de notre étude. De plus, nous avons uniquement intégré dans notre étude les femmes ayant eu un AVB avec une Analgésie Péri-Durale (APD) dont l'enfant s'est bien adapté, car il a été démontré que la césarienne, la mauvaise adaptation néonatale et la douleur (en cas d'absence d'APD) étaient statistiquement associées à une satisfaction plus faible chez les patientes [18], [19], [20]. Enfin, nous avons également exclu de notre étude les femmes ayant déjà eu un accouchement instrumental puisque celles-ci risquaient, au contraire, de surestimer l'évaluation des informations reçues et leur satisfaction puisque celles-ci en avaient déjà eu par le passé.

Au total, nous avons réussi à inclure 39 sujets ce qui constitue la limite majeure de notre étude et nuit à sa validité externe (*Figure 1*). En effet, ce faible effectif ne nous permet pas de généraliser nos résultats à la population entière, ce qui réduit la force et la puissance de notre étude. Il a été difficile de réussir à inclure plus de patientes dans notre étude, tout d'abord en raison de nos critères d'inclusion et d'exclusion, mais aussi en raison de contraintes de faisabilité, notamment la difficulté à distribuer les questionnaires à toutes les patientes éligibles.

Néanmoins, nous avons réussi à obtenir un effectif de population supérieur à 30, ce qui nous a permis de réaliser nos tests statistiques puisque notre échantillon suivait la loi Normale et ainsi de conserver une certaine puissance statistique.

## **1.2 Le questionnaire**

Actuellement, il existe un nombre considérable de questionnaires standardisés qui évaluent la satisfaction des patients concernant leur prise en charge hospitalière dont nous nous sommes inspirés pour la réalisation de notre questionnaire [14], [15], [16], [17], (*voir annexe 1*). Toutefois, nous avons trouvé ces questionnaires peu adaptables à notre étude, nécessitant ainsi des modifications significatives tant au niveau de la formulation que de l'ajout de questions. Notre questionnaire reste ainsi sujet à des biais, car celui-ci n'a pu être préalablement testé ni validé par la communauté scientifique ce qui compromet sa validité interne.

Malgré tout, 100 % des patientes à qui nous avons distribué le questionnaire y ont répondu, ce qui permet de protéger notre étude du biais de volontariat et suggère que le questionnaire était facilement compréhensible.

Pour les questions à choix multiples des deuxième et troisième parties du questionnaire, nous avons utilisé une échelle de Likert : le choix du nombre d'entrées reste discuté, cependant il semblerait que les échelles à cinq et sept entrées et l'ajout d'une valeur neutre permettraient d'augmenter la fiabilité et la validité des études [21], [22]. Nous avons finalement opté pour une échelle à cinq entrées, car celle-ci nous a paru être la plus pertinente afin d'éviter une mauvaise interprétation des questions et d'obtenir des réponses au hasard.

Les questions portant à la fois sur la satisfaction et sur la clarté ou quantité d'informations reçues, il a été nécessaire d'adapter la formulation de l'échelle afin qu'elle soit identique pour chaque question et

ainsi éviter toute confusion chez la patiente. Ce faisant, nous avons dû recoder nos résultats pour que les pourcentages de chaque patiente entrent dans des seuils, passant ainsi d'une échelle à cinq items à quatre niveaux de seuil. Ceci a engendré une perte de précision de nos résultats mais a aussi grandement complexifié leurs calculs et leurs lectures.

Du fait des réponses à choix forcé, les patientes n'avaient pas la possibilité d'exprimer leurs points de vue ni de nuancer ou justifier leurs réponses. Cependant, certaines patientes ont ajouté des notes manuscrites sur leur vécu de l'accouchement instrumental ce qui illustre bien que ces dernières auraient besoin de livrer leur expérience (*annexe 2*). Il serait intéressant alors de réaliser des entretiens sur le vécu de leur accouchement instrumental dans le cadre d'une étude qualitative .

### **1.3 La méthodologie**

Le questionnaire était divisé en trois parties : une permettant de récolter des informations sur la patiente, une portant sur la satisfaction des informations reçues en SA et l'autre en SDC où celui-ci a été distribué le jour du départ des patientes. Ce choix de méthodologie a conduit à un biais de mémorisation, puisque les patientes ont dû évaluer leur satisfaction à posteriori. Les SDC sont un moment où les femmes sont submergées par une multitude d'informations, il est parfois difficile pour elles de se souvenir en détail du déroulement précis de leur accouchement et de ce qu'on a pu ou non leur expliquer. Une des solutions aurait été de distribuer le questionnaire en deux temps: tout d'abord en SA immédiatement après leur accouchement et ensuite en SDC le jour de leur sortie. Cela aurait engendré des difficultés : d'une part au sujet de l'anonymisation des questionnaires qu'il aurait fallu coder pour retrouver l'identité des patientes entre la SA et la SDC, ceci pouvant être un frein pour elles quant au remplissage honnête du questionnaire. D'autre part, il y aurait sûrement eu beaucoup plus de questionnaires perdus ou non distribués en SDC, car il est difficile de garantir notre disponibilité pour les distribuer en deux temps.

Les patientes remplissaient à chaque fois leur questionnaire seules dans leur chambre. Ceci a permis d'éviter un biais de déclaration puisqu'elles n'étaient pas influencées par la présence d'un professionnel de santé, ce qui aurait pu biaiser leur satisfaction.

Enfin, le pourcentage d'erreurs de distribution s'élève à 12,5% ce qui montre que notre protocole de distribution n'était pas adapté. Pour éviter cela, nous aurions pu fournir un lien aux patientes les dirigeant vers la page du questionnaire en ligne plutôt qu'en format papier (*Figure 1*).

## **2. Discussion des résultats**

### ***2.1 Population***

En analysant notre population d'étude, nous nous sommes rendus compte qu'elle n'était pas représentative de la population générale.

Tout d'abord, nous avons observé une surreprésentation des primipares : en effet, elles représentent 71.8% de nos patientes alors que dans la population Française les primipares ne représentent que 41, 54% des accouchées en 2017 [23] (*Tableau 1*). Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que la prévalence d'un accouchement instrumental est plus élevée chez les primipares [24], [25].

De plus, notre population d'étude avait majoritairement un niveau BAC +1 et plus (64,1%) or les chiffres de l'enquête périnatale de 2021 estime un niveau d'étude BAC +1 et plus pour 59,4% des femmes [2] (*Tableau 1*). Nous pouvons supposer que cette différence serait liée à nos critères d'inclusion : en écartant les femmes ne comprenant et ne lisant pas le français, nous excluons une catégorie de population n'ayant probablement pas fait ses études en France et n'ayant donc pas de BAC, mais une équivalence ou n'ayant pas fait d'études du tout.

Enfin, le consentement a été recherché chez 64,1% des patientes de notre étude (*Tableau I*). En se référant au code de déontologie, il est légitime de s'interroger sur ce pourcentage dans la mesure où le consentement doit toujours être recherché lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté [9]. Toutefois, dans le cas des extractions instrumentales, le professionnel de santé doit parfois agir rapidement, ce qui pourrait justifier le fait qu'il n'ait pas le temps de recueillir le consentement de la patiente.

## **2.2 L'hypothèse principale**

Il n'existe à notre connaissance pas d'étude publiée similaire à la nôtre qui s'intéresse expressément à la satisfaction des informations reçues sur l'accouchement instrumental, il nous est donc difficile de comparer nos résultats avec ceux de la littérature. Cependant, nous pouvons essayer de les comparer à des enquêtes de satisfaction sur l'accouchement instrumental puisque l'information des patientes à ce sujet en fait forcément partie. Dans notre étude, le pourcentage moyen de satisfaction des patientes au sujet des informations reçues sur leur accouchement instrumental s'élève à 70,5% ce qui confirme notre hypothèse d'étude et corrobore donc les résultats obtenus dans l'étude de Bélanger-Lévesque M, Pasquier M, Roy-Matton N, et al. sur la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur accouchement [13]. De plus, l'étude de Chauvin J estime que 67,5% des patientes de son étude ayant accouché par extraction instrumentale ont un ressenti plutôt, voire très positif de l'accouchement [26].

Selon les seuils de satisfaction définis plus tôt, notre population d'étude est plutôt satisfaite des informations reçues puisque le taux de satisfaction globale se trouve dans la tranche [50%-75%]. Cependant, il est probable que ce taux ne reflète pas réellement la réalité. En effet, comme mentionné précédemment, nous avons délibérément exclu un grand nombre de patientes susceptibles de sous-estimer l'évaluation des informations reçues et leur niveau de satisfaction. Ce faisant, nous avons potentiellement écarté un grand nombre de patientes insatisfaites ou peu satisfaites, ce qui conduirait à une surestimation du taux moyen de satisfaction globale.



Pour apporter plus de nuances dans notre analyse, il aurait été pertinent de détailler davantage le contexte de l'extraction instrumentale en distinguant les situations d'urgence vitale telles qu'une détresse fœtale avec la présence d'Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF), des situations moins urgentes comme une non-progression du mobile fœtal à dilatation complète. En effet, dans le cas d'une urgence vitale, on peut aisément comprendre que l'équipe médicale ne dispose pas du temps nécessaire pour fournir toutes les informations nécessaires à la patiente, entraînant ainsi un taux de satisfaction à posteriori plus faible. Ceci pourrait donc expliquer pourquoi environ 17,9% des patientes de notre étude s'estiment peu ou pas du tout satisfaites des informations qu'elles ont reçues (*Tableau II*).

De plus, nous supposons que l'instrument utilisé pourrait également faire varier la satisfaction, étant donné que les complications maternelles peuvent être différentes entre les forceps et la ventouse. On retrouve par exemple une prévalence plus élevée de déchirures périnéales du troisième degré ou encore de lésion des muscles releveurs de l'anus lors de l'utilisation de forceps comparé à la ventouse [27], [28]. Il aurait donc été opportun d'inclure cette information dans notre questionnaire.

Par ailleurs, il est possible que le séjour en SDC ait pu influencer la satisfaction des patientes et expliquer pourquoi certaines sont moins satisfaites que d'autres.

### **2.3 Première hypothèse secondaire**

76,9% des patientes de notre étude sont très satisfaites des informations qu'on leur a fournies sur leur accouchement instrumental en SDC contre 59% en SA (*Figures 3 et 4*). Ainsi, nous pouvons confirmer notre hypothèse de recherche puisque les femmes de notre étude sont plus nombreuses à être très satisfaites en SDC qu'en SA. Cette différence s'explique principalement par le fait qu'en SDC, il n'y a plus d'urgence, les différents professionnels de santé peuvent prendre le temps d'expliquer en détail le déroulement de l'extraction instrumentale, y compris son fonctionnement et ses implications. En SA, comme mentionné précédemment, lorsque l'extraction instrumentale doit se faire en urgence, il n'est

parfois pas possible de fournir des explications détaillées, ce qui peut rendre les informations moins accessibles aux patientes.

De plus, notre étude n'a pas pris en considération tous les facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction des patientes en SA: une extraction instrumentale expose à plus de risque de déchirure périnéale compliquées [29] et il a été démontré par plusieurs études que cela peut impacter de façon négative la satisfaction des patientes [30], [31]. Cela pourrait expliquer la raison pour laquelle les patientes de notre étude expriment une plus grande satisfaction en SDC qu'en SA.

En SA, 5,1% des patientes sont insatisfaites des informations reçues et 12,8% sont peu satisfaites (*Figure 3*). Il aurait été intéressant d'étudier quand est-ce que les informations sont données en SA : par exemple dans un contexte où les efforts expulsifs de la patiente ne sont pas efficaces, la sage-femme prend souvent le temps de prévenir la patiente en amont que l'on risque d'utiliser un instrument pour l'extraction ; elle commence déjà à apporter des informations à la patiente. En revanche, dans les contextes d'urgence (ARCF), la patiente n'a pas le temps d'être prévenue, ce qui peut expliquer pourquoi certaines patientes sont très satisfaites tandis que d'autres ne le sont pas du tout.

Malgré les difficultés liées au climat particulier de la SA, il paraît important de réussir à améliorer la prise en charge de ces patientes, au vu de la différence flagrante qui existe dans notre étude entre les effectifs de patientes très satisfaites en SDC et en SA. Pour réussir à améliorer la satisfaction des patientes en SA au sujet des informations reçues sur leur accouchement instrumental, il pourrait être intéressant d'introduire en salle d'accouchement une check-list pour les praticiens (médecins, internes, sage-femmes) avant et après chaque extraction. Le but serait d'énumérer toutes les informations nécessaires à fournir aux patientes comme l'explication de l'indication, du fonctionnement de l'instrument, des suites...

## **2.4 Deuxième hypothèse secondaire**

Malgré de nombreuses études montrant que les femmes ne recevaient pas assez d'explications sur leur accouchement instrumental et qu'elles n'étaient pas toujours claires [4], [5], [32], environ 74,3% des patientes de notre étude ont estimé que les informations reçues étaient très claires et environ 71,8% les ont trouvés totalement suffisantes (*Tableau III*). Ainsi, nous infirmons notre hypothèse initiale selon laquelle la majorité des femmes de notre étude estimaient que les informations reçues étaient peu claires et peu suffisantes. Ces chiffres nous permettent donc de conclure que les informations fournies par l'équipe médicale de l'HCE sont plutôt très claires et totalement suffisantes.

En revanche, 5,1% des patientes de l'étude ont jugé que les informations n'étaient pas du tout/ peu claires et 7,7% les ont considérées insuffisantes/peu suffisantes (*Tableau III*). Pour enrichir notre étude, nous aurions pu interroger les patientes sur la personne qui fournissait ces informations (internes, sage-femmes, médecins...) afin d'évaluer si ce facteur pouvait faire varier le jugement des patientes quant à la clarté et la quantité d'informations reçues.

De plus, savoir quand est-ce que les informations ont été données aurait permis de mieux comprendre nos résultats : les femmes qui ont eu une extraction instrumentale en urgence ne peuvent pas avoir eu autant d'informations que celles qui ont été averties en avance de l'éventualité de cette intervention.

## **2.5 Troisième hypothèse secondaire**

Après avoir effectué notre analyse statistique, nous n'avons pas retrouvé d'association entre la satisfaction et la primiparité malgré ce que d'autres études ont pu montrer [10], [11], [12] car la P-value est supérieure à 0,05 (*Tableau IV*). Ceci peut s'expliquer par la taille limitée de notre échantillon ainsi que par le fait que la majorité de nos patientes étaient des primipares (*Tableau I*) ce qui sous-tend que nous n'avons

pas suffisamment de patientes multipares pour pouvoir effectuer notre test de manière adéquate. Nous rejetons donc une partie de notre hypothèse.

En ce qui concerne le consentement, après le test exact de Fisher, nous avons trouvé une P-value de 0,0003 ( $< 0,05$ ) indiquant ainsi qu'il existe bien une association entre la satisfaction et le consentement : les taux de satisfaction concernant les informations reçues sur l'extraction instrumentale semblent être plus haut lorsque le consentement a été recueilli (*Tableau V*). Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature et soulignent l'importance primordiale de toujours chercher à obtenir le consentement, peu importe les circonstances, dès lors que la patiente est en mesure de donner son accord [8]. Par conséquent, il s'agit d'une piste d'amélioration à envisager afin que les patientes soient plus satisfaites des informations qu'on leur fournit en SA puisque le consentement a été recueilli pour seulement 64,1% des patientes de notre étude (*Tableau I*). Nous pourrions ainsi introduire le recueil du consentement dans la checklist de SA pour l'équipe médicale.

Enfin, comme dit précédemment, certaines patientes ont jugé nécessaire d'ajouter des notes manuscrites dans notre questionnaire. Bien que ces informations ne puissent pas être utilisées dans notre analyse puisque nous avons réalisé une étude quantitative, elles révèlent que la communication n'était pas toujours claire comme en témoigne certaines patientes qui n'ont pas compris pourquoi l'extraction instrumentale a été nécessaire (*annexe 2*). Ils montrent également que la notion du consentement reste complexe, puisque certaines patientes avouent ne pas s'en souvenir; le simple fait de poser une question ne suffit donc pas toujours à établir un consentement éclairé (*annexe 2*).

## **Conclusion**

Notre étude a révélé que les patientes de l'HCE avaient tendance à être plutôt satisfaites des informations que celles-ci recevaient sur leur accouchement instrumental, même si une minorité restait peu ou pas du tout satisfaite (17,9%). De plus, elles étaient aussi globalement plus satisfaites de ces informations en SDC qu'en SA soulignant ainsi que les améliorations doivent surtout être effectuées en SA.

Contre nos attentes, nous avons également montré que les informations reçues étaient très claires et totalement suffisantes pour respectivement 74,3% et 71,8% des patientes de notre étude. Ceci suppose donc que les informations sur l'accouchement instrumental que fournit l'équipe médicale de l'HCE sont particulièrement bien adaptées aux patientes.

Enfin, comme nous le supposions, nous avons démontré la présence d'une association entre le consentement et la satisfaction : le niveau de satisfaction semble être plus élevé lorsque le consentement est vérifié, ce qui nous permet d'apporter une piste d'amélioration concrète afin d'améliorer la prise en charge de ces patientes. En effet, au vu de nos différents résultats, prendre le temps de recueillir le consentement de la patiente malgré l'urgence de la situation devrait réussir à améliorer la satisfaction des patientes de l'HCE à propos des informations reçues sur leur accouchement instrumental.

Par ailleurs, contrairement à notre hypothèse, dans notre étude, la primiparité n'est pas associée à une satisfaction des patientes plus basses.

Une option à explorer pour améliorer la situation serait la création d'une check-list en SA pour que les professionnels de santé puissent vérifier les informations à communiquer à chaque patiente lors d'une extraction instrumentale. Ceci assurerait une uniformité dans la communication des informations à chaque patiente, garantissant le recueil du consentement, et pourrait ainsi permettre d'améliorer la satisfaction des patientes en SA au sujet des informations reçues.

Dans la continuité de ce travail, il serait aussi intéressant d'explorer l'expérience vécue par les patientes ayant eu un accouchement instrumental en effectuant une analyse qualitative via des entretiens afin de mieux comprendre qu'est ce qui impacte réellement leur satisfaction concernant les informations reçues sur leur accouchement instrumental.

## **Références bibliographiques**

[1] Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). INSEE les naissances en 2021 [en ligne]. 2021 [cité le 04 mars 2024].

Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6531925?sommaire=6524912>

[2] Santé publique France. Enquête nationale périnatale 2021 [en ligne]. 2021 [cité le 17 mars 2023].

Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

[3] Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). 2008 CNGOF Extractions instrument [en ligne]. 2008 [cité le 08 août 2023].

Disponible : <https://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/2008-CNGOF-Extractions-instrument.pdf>

[4] Crossland N, Kingdon C, Balaam M-C, Betran A P, Downe S. Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: a systematic mixed methods review. *Reprod Health*. 2020;17(83).

[5] Avasarala S, Mahendran M. A survey of women's experiences following instrumental vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol*. 2009 August ; 29(6) :504-506.

[6] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth [en ligne]. April 2020 [cité le 17 mars 2023].

Disponible : <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/assisted-vaginal-birth-green-top-guideline-no-26/>

[7] Uotila JT, Taurio K, Salmelin R, Kirkinen P. Traumatic experience with vacuum extraction--influence of personal preparation, physiology, and treatment during labor. *J Perinat Med*. 2005;33(5):373-378.

[8] Levy KS, Smith MK, Lacroix M, Yudin MH. Patient Satisfaction with Informed Consent for Cesarean and Operative Vaginal Delivery. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022 Jul;44(7):785-790.

[9] Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie [en ligne]. Février 2021 [cité le 04 mars 2024].

Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

[10] Tuglo LS, Agbadja C, Bruku CS, Kumordzi V, Tuglo JD, Asaaba LA, et al. The Association Between Pregnancy-Related Factors and Health Status Before and After Childbirth With Satisfaction With Skilled Delivery in Multiple Dimensions Among Postpartum Mothers in the Akatsi South District, Ghana. *Front Public Health*. 2022 Feb;9:779404.

[11] Mortazavi F, Mehrabadi M. Predictors of low birth satisfaction among Iranian postpartum women: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2022 Jan;9(1):604-613.

[12] Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health*. 2017 Mar;62(2):196-203.

[13] Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. Maternal and Paternal Satisfaction in the Delivery Room: A Cross-Sectional Comparative Study. *BMJ Open*. 2014;4(2), 2014:e004013

- [14] Chabbert M, Devouche E, Rozenberg P, Wendland J. Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. *L'Encéphale*. 2021 Aug;47(4):326-333.
- [15] Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec 10;10:81.
- [16] Réseau Santé Naissance. Vécu de l'accouchement 2020 [en ligne]. 2020 [cité le 16 mars 2023]. Disponible : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/10/Questionnaire-RSN-vecu-accouchement-VF.pdf>
- [17] Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Février 2010 ; 58(1): 13-22.
- [18] Hochman N, Galper A, Stanger V, Levin G, Herzog K, Cahan T, et al. Risk factors for a negative birth experience using the Birth Satisfaction Scale-Revised. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Dec;163(3):904-910.
- [19] Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 May 18;16(1):114.
- [20] Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth-A cross-sectional survey. *Women Birth*. 2018 Apr;31(2):103-109.
- [21] Maydeu-Olivares A, Amanda J. Fairchild, Alexander G. Hall Goodness of Fit in Item Factor Analysis: Effect of the Number of Response Alternatives, Structural Equation Modeling. *A Multidisciplinary Journal*. 2017; 24(4):495-505
- [22] Preston CC, Colman AM. Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychol (Amst)*. 2000;104(1):1-15.
- [23] Audipog. Consultation des tableaux statistiques. 2017. Consulté le 1 avril 2024. Disponible sur: <https://www.audipog.net/Tableau-stats>
- [24] Au-Yong PS, Tan CW, Tan WH, Tan KH, Goh Z, Sultana R, Sng BL. Factors associated with an increased risk of instrumental vaginal delivery in women with epidural analgesia for labour: A retrospective cohort study. *Eur J Anaesthesiol*. 2021 Oct 1;38(10):1059-1066.
- [25] Dutywa A, Olorunfemi G, Mbodi L. Trends. Determinants of Operative Vaginal Delivery at Two Academic Hospitals in Johannesburg, South Africa 2005-2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 3;19(23):161-182.
- [26] Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement. [mémoire de diplôme d'état de master en sciences maïeutiques]. Université de Paris-descartes. UFR de maïeutique; 2010.
- [27] De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG*. 2001 Apr;108(4):383-387
- [28] Chung MY, Wan OY, Cheung RY, Chung TK, Chan SS. Prevalence of levator ani muscle injury and health-related quality of life in primiparous Chinese women after instrumental delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015 Jun;45(6):728-733.
- [29] Kudish B, Sokol RJ, Kruger M. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Aug;102(2):165-70.



[30] Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec 11;19(1):494.

[31] Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience - a cross-sectional study. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102540.

[32] Cass GKS, Goyder K, Strachan B, Bahl R. Can we improve women's experience of operative vaginal birth? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Sep;252:424-430.

# **Annexe 1 : questionnaire de satisfaction**

Madame,

Etudiante Sage-Femme en 4ème année à l'école de Grenoble, je me permets de solliciter votre participation dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

A l'aide du questionnaire ci-joint, je souhaite recueillir principalement votre satisfaction vis-à-vis des informations/explications qui vous ont été données tout au long de votre grossesse ainsi que votre séjour à la maternité au sujet de l'accouchement instrumental.

Le remplissage de ce questionnaire requiert environ 15 minutes. Vos réponses resteront anonymes et vous restez libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête.

Je vous remercie par avance pour votre précieuse participation à ce travail.

En vous souhaitant d'agréables suites et beaucoup de bonheur avec votre enfant,

Veuillez accepter, Madame, toute ma reconnaissance,

Loiseleur Manon

## **1ère partie : Quelques informations sur vous**

1) Avez-vous fait des études supérieures (BAC +1 et plus) ?

Oui

Non

2) S'agit-il de votre premier accouchement ?

oui

non

3) Avez-vous déjà eu une aide instrumentale à la naissance avant cet accouchement ?

oui

non

2ème partie : informations données en salle de naissance

4) En salle de naissance, on vous a demandé votre accord avant l'utilisation de l'aide instrumentale.

- oui
- non

5) En salle de naissance, vous avez reçu suffisamment d'informations sur l'aide instrumentale avant son utilisation pendant votre accouchement.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

6) En salle de naissance, les informations qui vous ont été données sur l'accouchement instrumental pendant votre accouchement vous ont parues claires.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

7) Vous êtes satisfaites des informations globales que vous avez reçues sur l'aide instrumentale en salle de naissance.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

3ème partie : informations données en suite de couche

8) Pendant votre séjour en suite de couche, vous avez reçu suffisamment d'informations sur votre accouchement et l'utilisation d'une aide instrumentale.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

9) Pendant votre séjour en suite de couche, les informations que vous avez reçues sur votre accouchement et l'utilisation d'une aide instrumentale vous ont parues claires.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

10) Vous êtes satisfaite des informations globales que vous avez reçues sur votre accouchement et l'utilisation d'une aide instrumentale pendant votre séjour en suite de couche.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Neutre
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

## **Annexe 2 : informations manuscrites retrouvées sur les questionnaires de certaines patientes**

- Questionnaire n°12, question n°4 sur le consentement

Réponse *“non”* cochée, *“mais si oui je n’en ai pas le souvenir”*

- Questionnaire n°13, question n°4 sur le consentement

Réponse *“non”* cochée, *“ Ils m’ont dit d’utiliser la ventouse car le bébé était bradycardie mais j’ai eu un accouchement très rapide donc je comprend que c’était le mieux fait dans la précipitation”*

- Questionnaire n°13, question n°5 sur la quantité d’informations reçues en SA jugés suffisantes

Réponse *“Neutre”* cochée, *“J’ai eu les infos après l’accouchement que ça aidait à maintenir la tête du bébé pour pas qu’elle remonte”*

- Questionnaire n°19, question n°5 sur la quantité d’informations reçues en SA jugés suffisantes

Réponse *“Plutôt d’accord”* cochée, *“ De manière rapide car utilisation dans l’urgence de la ventouse”*