

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Évaluation des complications maternelles et néonatales suite aux
modifications de pratique de l'accouchement instrumental : étude
comparative entre 2013 et 2023 au CHU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 29/05/2026 à 16h
au Pôle Formation
par **Emma RAMASSAMY**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice MESTDAGH

Madame le Docteur Sophie VANDERSTICHELE

Madame le Docteur Aurélie QUANDALLE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

Avertissement.....	2
Résumé.....	4
Introduction.....	5
Matériel et méthode.....	7
Résultats.....	10
Discussion.....	12
Conclusion.....	17
Références.....	18
Tableau et figures.....	22

RESUME

Contexte : Les pratiques des accouchements instrumentaux ont évolué aux cours des 15 dernières années du fait de modifications des recommandations et d'une diminution de la médicalisation du travail et de l'accouchement. Cette évolution est susceptible de s'accompagner de modifications de fréquence des complications associées aux accouchements instrumentaux.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'étudier l'évolution de la morbidité maternelle et néonatale des accouchements instrumentaux entre 2013 et 2023 du fait de l'évolution potentielle des pratiques sur cette période.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective, comparant les périodes du 1^{er} janvier au 31 mars 2013 et du 1^{er} janvier au 31 mars 2023. Les femmes ayant eu un accouchement instrumental ont été incluses. Les issues maternelles et néonatales ont été comparées.

Résultats : 249 femmes ont été incluses durant la 1^{ère} période et 162 durant la 2^{nde}. Le taux d'accouchement instrumental était de 21,5% en 2013 versus 14,2% en 2023 ($p < 0,001$). Il a été observé une diminution des dystocies des épaules (8,6% versus 15,3% ; $p = 0,049$). En post-partum, il est survenu moins d'hyperthermie (1,9% versus 6,4% ; $p = 0,031$) et les échelles visuelles analogiques à J1 et J3 étaient moins élevées ($p = 0,002$ à J1 et $0,034$ à J3). Par ailleurs, les morbidités maternelle et néonatale étaient similaires entre 2013 et 2023.

Conclusion : Les modifications récentes des pratiques en salle de naissance ne s'accompagnent pas d'une augmentation la morbidité maternelle ou néonatale associés aux accouchements instrumentaux.

Mots-clés : Accouchement instrumental, Hyperthermie, Hémorragie du post-partum, Dystocie des épaules, Traumatisme néonatal

INTRODUCTION

Les accouchements instrumentaux sont réalisés lors de la deuxième phase du travail pour accélérer la naissance en cas d'indication maternelle ou fœtale (1–3). Leur taux varie au niveau mondial, entre 3% aux Etats-Unis et 10 à 15% en France, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie avec une tendance à la diminution sur les 30 dernières années (4–6). Les pratiques ont évolué avec des modifications des recommandations nationales concernant la durée des efforts expulsifs et le recours à l'épisiotomie par exemple (1,7–9).

En France, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommandait en 2011 d'envisager un accouchement instrumental après 30 min d'efforts expulsifs, ou avant en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (2). Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017 concernant l'accouchement normal ne recommandent plus de durée maximale à la phase active du deuxième stade du travail en cas de femme à bas risque obstétrical (3). Par ailleurs, l'enquête périnatale montre, entre 1995 et 2021, une évolution des pratiques en salle de naissance en France avec une moindre médicalisation depuis 2010 (diminution du recours à l'amniotomie, l'ocytocine et l'épisiotomie notamment) avec toutefois un taux d'accouchement instrumental stable depuis 2003 autour de 12% (10).

Concernant les complications des accouchements instrumentaux, celles-ci sont bien connues et varient selon les instruments utilisés et les pratiques (2,11). Sur le plan maternel, les complications les plus souvent retrouvées sont les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA), mais aussi les déficits neurologiques des membres inférieurs (2,8,9,11–14). Sur le plan néonatal, les fractures néonatales, les céphalhématomes, les paralysies faciales sont le plus souvent retrouvées avec, beaucoup plus rarement, les embarrures, les hématomes sous-galléaux et les hémorragies intracrâniennes (2,8,9,11–13,15). Les modifications de la gestion du travail et, en particulier, du deuxième stade du travail semblent impacter la morbidité maternelle et néonatale. En effet, la prolongation du deuxième stade du travail est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et notamment des hémorragies du post-partum, des LOSA et des déficits

neurologiques des membres inférieurs, avec possiblement une augmentation de la morbidité néonatale (16,17,14). De même, dans une méta-analyse récente, une durée de la phase active du deuxième stade du travail supérieure à 60 minutes semble associée à une augmentation de la morbidité maternelle quelle que soit la parité ainsi qu'à une augmentation de la morbidité néonatale chez les femmes nullipares (18). Par ailleurs, l'étude française PASST a comparé une gestion modérée à une gestion intensive du deuxième stade du travail et a retrouvé une diminution des épisiotomies dans le groupe modéré sans différence sur le taux de LOSA et d'hémorragies du post-partum (19). Au vu de ces données, nous pouvons supposer que les modifications potentielles de pratiques liées à l'évolution des recommandations et à la réduction de la médicalisation de l'accouchement puissent impacter la morbidité maternelle et néonatale associée aux accouchements instrumentaux.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était d'étudier l'impact de l'évolution potentielle des pratiques sur la morbidité maternelle et néonatale associée aux accouchements instrumentaux entre 2013 et 2023.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude comparative rétrospective monocentrique comparant les périodes du 1^{er} janvier au 31 mars 2013 et du 1^{er} janvier au 31 mars 2023 au CHU de Lille. Les femmes incluses étaient toutes les femmes ayant eu un accouchement instrumental d'un fœtus unique en présentation céphalique durant ces périodes. Les critères d'exclusion étaient les accouchements spontanés par voie basse, les césariennes d'emblée, les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales in utero, les grossesses gémellaires, les fœtus en présentation du siège et la présence d'une contre-indication aux efforts expulsifs.

Évolution des protocoles :

Nous avons choisi de comparer les années 2013 et 2023 du fait de nombreuses modifications de nos protocoles dans l'intervalle. En effet, la publication de nouvelles recommandations sur cette période ainsi que certaines méta-analyses ont modifiés nos pratiques. Pour commencer, les recommandations de la HAS publiés en 2017, ne recommandent pas de durée maximum au deuxième stade du travail, avec néanmoins une mise en garde concernant une augmentation de la morbidité maternelle à partir de 3h à dilation complète, et ne recommandent plus de réaliser un accouchement instrumental après 30 min d'effort expulsifs chez les femmes à bas risque (3). Par ailleurs, les recommandations publiées en 2016 concernant l'utilisation de l'ocytocine permettent une diminution de son utilisation en phase de latence, en phase active et durant la deuxième phase du travail (après 2h à dilation complète en cas d'absence de progression de la présentation) (21). Ensuite, les recommandations FIGO de 2015 (22) proposent une lecture plus physiologique du rythme cardiaque fœtal y compris lors des efforts expulsifs au cours desquels une pause peut être réalisée en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal. Les recommandations de l'ISUOG publiées en 2018 recommandent également une utilisation large de l'échographie en salle de naissance notamment avant un accouchement instrumental afin d'estimer échographiquement la variété et l'engagement. Pour finir, la méta-analyse de Szu et al. (23), publiée en 2021, montre diminution des accouchements instrumentaux en cas de poussée retardée de 2h après dilatation complète et la méta-analyse de Bertholdt et

al. (24), publiée en 2022 montre une augmentation des accouchements par voie basse spontanés en cas de rotation manuelle des variétés postérieures et transverses. Ainsi dans notre maternité, les protocoles concernant la gestion en salle de naissance ont fortement évolué sur cette période concernant la moindre utilisation de l'ocytocine, la rotation manuelle des variétés postérieures et transverses, les échographies de variété et d'engagement avant tout accouchement instrumental, la poussée retardée ainsi que la gestion des efforts expulsifs (durée non limitée en cas de femme à bas risque obstétrical et appel à 30 minutes en cas de niveau de risque plus élevé, sans aide instrumentale d'emblée, et enfin la réalisation de pause en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtale).

Caractéristiques relevées :

Les pathologies de la grossesses et de l'accouchements suivantes étaient définies selon les recommandations du CNGOF : le diabète gestationnel (25), la pré-éclampsie (26), la suspicion de retard de croissance in utero (RCIU) (27), la suspicion de macrosomie et la dystocie des épaules (28).

Concernant le stade la déchirure périnéale nous avons utilisé la classification de Sultan recommandée par l'OMS et le CNGOF et classé la déchirure périnéale en 5 catégories : absence de déchirure, déchirure stade 1, déchirure stade 2, lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA 3A, 3B, 3C ou 4) et enfin épisiotomie (29). L'hémorragie du post-partum était définie selon les recommandations du CNGOF comme un saignement supérieur ou égal à 500 mL dans les 24h suivant la naissance (30). L'hyperthermie en post-partum était définie selon les recommandations du CNGOF par une température supérieure à 38°C à 2 reprises pendant les 10 premiers jours suivant l'accouchement (31). Les autres caractéristiques relevées concernant le post-partum étaient la réalisation d'une révision utérine (RU) ou d'une délivrance artérielle et révision utérine (DARU), l'échelle visuelle analogique (EVA) maximale sur les trois premiers jours post-partum (même protocole d'analgésie en post-partum entre les 2 périodes), la désunion d'une cicatrice périnéale, un hématome pelvi-génital, la nécessité d'un sondage urinaire, un déficit neurologique des membres inférieurs et la durée de l'hospitalisation.

Concernant les issues néonatales, ont été relevé le pH artériel à la naissance, un transfert en réanimation néonatale ou en soins continus néonataux, un Apgar inférieur à 7 à 5 min et les traumatismes néonataux à la naissance. Le pH artériel à la naissance en 2023 a été modifié en ajoutant 0,02 point afin de s'adapter à un changement de pHmètre en février 2016 pour pouvoir comparer nos 2 périodes d'étude. Envain et al. ont en effet mis en évidence une différence significative entre les pH artériels à la naissance recueillis avant le changement de pHmètre (novembre 2015 à février 2016) et les pH recueillis après (février 2016 à avril 2016) (32).

Analyses statistiques :

Les caractéristiques maternelles initiales, du travail et de l'accouchement, ainsi que les issues maternelles et néonatales ont été décrites et comparées entre 2013 et 2023. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages. La comparaison statistique entre les groupes a été effectuée avec le test du Khi-Deux ou de Fisher exact. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution non Gaussienne. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk. La comparaison statistique entre les groupes a été effectuée avec le test de Student pour les variables quantitatives normales et avec le test de Mann-Whitney Wilcoxon en cas de non-normalité. Aucune comparaison statistique n'a été réalisée pour les variables qualitatives avec un effectif inférieur à 8. Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

Éthique :

Cette étude et la base de donnée a été approuvée par le CEROG le 25 juillet 2024 (#2024-OBS-1108) (33).

RESULTATS

Population étudiée :

Entre janvier 2013 et mars 2013, 282 femmes ont eu un accouchement instrumental et, entre janvier 2023 et mars 2023, 173 femmes ont eu un accouchement instrumental. Nous avons constaté une diminution du taux d'accouchements instrumentaux en 2023 (14,2% versus (vs) 21,5% ; $p < 0,001$). Parmi les femmes ayant eu un accouchement instrumental, 249 remplissaient les critères d'inclusion en 2013 et 162 remplissaient les critères d'inclusions en 2023 (Figure 1).

Le tableau 1 montre les différences concernant les caractéristiques maternelles et de la grossesse. En 2023, les analyse retrouvent une augmentation de la nulliparité (82,7% vs 73,9% ; $p = 0,0037$), une consommation moindre de tabac (8.6 % vs 16.9% ; $p=0.018$), un IMC moyen plus élevé (23,28 kg/m² vs 22,15 kg/m² ; $p = 0,021$) et une moindre prise de poids (11,36 kg vs 12 kg ; $p = 0,021$). La pré-éclampsie était significativement plus fréquente en 2023 (4.9% vs 0.4% ; $p=0.003$). Nous n'avons pas observé d'autres différences.

Caractéristique du travail et de l'accouchement :

Les caractéristiques du travail sont présentées dans le tableau 2. En 2023, les déclenchements étaient plus fréquents ($p < 0,001$), il y avait plus de rotation manuelle ($p < 0,001$) et moins d'ocytocine pendant le travail ($p = 0,009$). Enfin, la durée à dilatation complète avant les efforts expulsifs était plus importante (médiane 90 min ; intervalle interquartile (IIQ) : [20,0 ; 150,0] vs médiane 21 min ; IIQ : [0,0 ; 65,0] ; $p < 0,001$).

Les caractéristiques de l'accouchement sont présentées dans le tableau 3. En 2023, la durée médiane entre le début des efforts expulsifs et la naissance était plus importante (médiane 33,5 min ; IIQ : [18,0 ; 58,0] vs médiane 18 min ; IIQ : [12,0 ; 27,0] ; $p < 0,001$), la réalisation d'une échographie de variété ou d'engagement était plus fréquente ($p < 0,001$), la réalisation d'une épisiotomie était moins fréquente ($p < 0,001$) et il y avait moins de dystocie des épaules (8,6% vs 15,3% ; $p = 0,049$). Une pause lors des efforts expulsifs était réalisée dans 11,7% en 2023 alors que cette pratique n'existait pas en 2013. Concernant le type d'instrument, une différence significative de répartition a été mise en évidence liée à l'utilisation de spatules en 2023 alors que

cet instrument n'était jamais utilisé en 2013 ($p < 0,001$). En classant le type d'instrument en 2 catégories, forceps et spatules, ou ventouse, la différence n'était pas significative ($p = 0,18$). Concernant le stade de la déchirure périnéale, après exclusion des épisiotomies sans LOSA, il n'a pas été mis en évidence de différence significative. Il n'y avait pas d'autres différence significative.

Suites maternelles :

Les issues maternelles en post-partum sont présentées dans le tableau 4. Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative concernant l'hémorragie du post-partum, la nécessité de RU ou de DARU, la nécessité de méchage vaginal, l'EVA à J2, la désunion de cicatrice périnéale en maternité, les déficits neurologiques des membres inférieurs ou la nécessité de sondage urinaire en maternité.

Concernant l'EVA, celle-ci était significativement plus faible en 2023 à J1 (médiane 2,0 ; IIQ : [1,0 ; 4,0] vs médiane 3 ; IIQ : [2,0 ; 5,0] ; $p = 0,002$) et J3 (médiane 1,0 ; IIQ : [0,0 ; 3,0]) vs médiane 2,0 ; IIQ : [1,0 ; 3,0] ; $p = 0,034$). Par ailleurs, il y avait significativement moins d'hyperthermie en post-partum en 2023 (1,9% vs 6,4% ; $p = 0,031$). Les causes d'hyperthermie sont présentées dans le tableau 4. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant la fréquence d'hyperthermie de cause utérine ou périnéale (infection périnéale, endométrite, hématome pelvi-génital, thrombose de la veine ovarienne). Concernant les désunions de cicatrices périnéales nous avons constaté en 2023, une diminution n'atteignant pas le seuil de significativité (0,6% vs 3,2% ; $p = 0,095$).

Suites néonatales :

Les caractéristiques néonatales sont présentées dans le tableau 5. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant les caractéristiques néonatales : le pH artériel, la fréquence de pH artériel $< 7,10$, les taux de transfert en réanimation néonatale ou une unité de soins continus ainsi que la fréquence des traumatismes néonataux étaient similaires entre les deux groupes.

DISCUSSION

Résultats principaux :

Les modifications de pratique en salle de naissance ont permis une diminution du recours à l'accouchement instrumental entre 2013 et 2023 sans augmentation des complications maternelles ou néonatales associées. De plus, nous avons constaté en 2023, une diminution des dystocies des épaules et en post-partum, de l'hyperthermie maternelle et de la douleur maternelle à J1 et J3.

Interprétation :

A notre connaissance il n'existe pas d'études étudiant l'impact des modifications des recommandations françaises des 15 dernières années concernant les pratiques en salle de naissance sur la morbidité maternelle et néonatale associée accouchements instrumentaux. Contrairement aux résultats de notre étude, l'enquête périnatale a constatée en France un taux d'accouchement instrumental stable depuis 2003 à 12% avec un taux de césarienne également stable (10,34). Dans d'autres pays, une diminution du taux d'accouchements instrumentaux au cours des 30 dernières années a été observée avec toutefois dans ces pays une augmentation du taux de césarienne (4–6).

L'observation d'une diminution du taux d'accouchement instrumentaux dans notre centre peut être multifactorielle du fait des modifications de nos pratiques. Cependant, certaines pratiques pourraient être source de complications maternelles ou néonatales supplémentaires. La première modification importante est la durée à dilation complète et la durée des efforts expulsifs. En effet, dans notre étude, nous avons constaté une augmentation significative en 2023 de la durée à dilatation complète avant de débiter les efforts expulsifs ($p < 0,001$) et de la durée entre le début des efforts expulsifs et la naissance ($p < 0,001$). Celles-ci pourraient être source d'une augmentation des hémorragies du post-partum, de complications maternelles à type de déficit neurologique et de complications néonatales (14,18). Une cohorte rétrospective de Rollet et al. (35), a comparé une maternité où les protocoles recommandaient 3h maximum à dilatation complète avant de débiter les efforts expulsifs (maternité A) et une maternité où les protocoles

recommandaient maximum 2h (maternité B) et a mis en évidence, de manière concordante avec les résultats de notre étude, une diminution des accouchements instrumentaux dans la maternité A (odds ratio ajusté (ORa) = 0,64 ; IC à 95% : [0,43 ; 0,96]) sans augmentation de la morbidité maternelle (hémorragie du post-partum et déchirure périnéale) ou néonatale (Apgar à 5 min et transfert en unité de soins intensifs). De même, la méta-analyse de Szu et al.(23) a montré une diminution des accouchement instrumentaux en cas de poussée retardée de 2h sans augmentation de la morbidité maternelle (perte de sang similaires et score de fatigue inférieur) ou néonatale (meilleur Apgar à la naissance). De façon intéressante, nous n'avons pas observé une majoration des déficits neurologiques des membres inférieurs ou des rétentions urinaires malgré l'augmentation de la durée du deuxième stade du travail. Dans l'étude cas-témoins de Tournier et al (14), l'accouchement instrumental (ORa = 3,24 ; p = 0,012) et la durée du deuxième stade du travail (ORa = 3,24 ; p < 0,0001) sont les principaux facteurs de risque de déficit neurologique des membres inférieurs retrouvés. Ces facteurs de risque sont retrouvés dans plusieurs autres études (14,36–38). Nous pouvons supposer qu'une absence d'augmentation des déficits neurologiques des membres inférieurs dans notre étude puisse être liée à une adaptation des pratiques à un deuxième stade du travail plus prolongé avec notamment une meilleure mobilisation des femmes permettant de limiter les compressions nerveuses suite à la publication de cas survenus dans notre centre (14).

Concernant la gestion des efforts expulsifs, l'absence d'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale peut être mise en lien avec les résultats de l'essai randomisé français PASST de Le Ray et al. (19). Cette étude a comparé une gestion modérée des efforts expulsifs (femmes encouragées à pousser 2 fois par contractions et à réaliser une pause d'une contraction toutes les 5 contractions) à une gestion intensive (femmes encouragées à pousser 3 fois par contraction sans réalisation de pause dans les efforts expulsifs). Il a été mis en évidence une augmentation de la durée des efforts expulsifs dans le groupe modéré (médiane 32 min ; IIQ [19-54] vs médiane 26 min ; IIQ : [15-40] ; p < 0,001) sans différence concernant la morbidité néonatale (acidose néonatale, score d'Apgar inférieur à 7 à 5 min et traumatisme néonatal

sévère), le taux de LOSA, d'hémorragie du post-partum ou d'hémorragie du post-partum sévère. Par ailleurs, il a été constaté une diminution du taux d'épisiotomie dans le groupe modéré (risque relatif (RR) = 0,76 ; IC 95% : [0,60 ; 0,95]) suggérant un bénéfice maternel d'une gestion modérée des efforts expulsifs. Un élément intéressant concernant la gestion des efforts expulsifs dans notre étude est la réalisation d'une pause dans 13% des cas en 2023 alors que cette pratique n'existait pas en 2023. Le rationnel derrière cette pratique est de laisser le temps au fœtus de récupérer entre les efforts de poussée, les contractions étant responsables d'une réduction de la perfusion placentaire et de l'oxygénation fœtale (22,39,40). Ainsi, l'espacement des efforts de poussée pourrait permettre d'améliorer l'oxygénation fœtale pendant la phase active du deuxième stade du travail. Dans notre étude cependant, les modifications de pratiques n'ont pas eu d'impact sur le pH artériel à la naissance ou sur les issues néonatales.

Le dernier point concernant l'accouchement est la diminution de la fréquence des dystocies des épaules en 2023 (8,6% vs 15,3% ; $p = 0,049$), malgré des poids à la naissance similaires et un taux de diabète gestationnel augmenté mais non significatif ($p = 0,19$). Une hypothèse quant à la réduction de celle-ci est que les accouchements instrumentaux étaient réalisés moins haut au niveau du bassin en 2023 du fait d'une plus longue attente à dilatation complète et d'efforts expulsifs plus longs permettant une descente plus importante de la présentation. En effet, il semble exister un lien entre la distance tête-périnée en échographie et le risque de dystocie des épaules. Dans une étude rétrospective ayant pour objectif la création d'un score prédictif du risque de dystocie des épaules en cas d'accouchement instrumental, Renon et al. (41) ont mis en évidence une augmentation de fréquence des dystocies des épaules en cas de mesure échographique de la distance tête-périnée sans pression plus importante ($p < 0,001$). Ainsi, en permettant une descente plus importante de la présentation, les modifications de pratiques concernant la gestion du deuxième stade du travail pourraient permettre une diminution de fréquence des dystocies des épaules et des traumatismes néonataux associés (fracture, lésion du plexus brachial) (42,43). Dans notre étude cependant, nous n'avons pas mis en évidence de variation concernant la fréquence des traumatismes néonataux du fait de la faible

prévalence de survenue de ceux-ci.

Concernant le séjour en maternité, on observait une tendance à la diminution des désunions de cicatrices périnéales (0,6% vs 3,2% ; $p = 0,095$). Cela est probablement lié à la diminution du taux d'épisiotomie qui est le principal facteur de risque de désunion selon Wilkie et al. (44). Cette cohorte rétrospective de patiente ayant eu un accouchement instrumental retrouve un taux de désunion périnéale de 5,2% en cas d'épisiotomie et de 1,2% en son absence ($p < 0,01$). De même, l'étude cas-témoin de Williams et al. (45) retrouve comme principal facteur de désunion périnéale l'association entre un accouchement instrumental et une épisiotomie (odds ratio (OR) = 6,36 ; IC 95% : [2,18-18,57]). Enfin, nous retrouvons dans notre étude une diminution de l'EVA à J1 et J3 en 2023 ($p = 0,002$ à J1 et $p = 0,034$ à J3) avec cependant plus de données manquantes en 2013. Nous pouvons donc supposer qu'une meilleure traçabilité de l'EVA avec une meilleure attention au niveau de la douleur puissent expliquer en partie cette différence. Nous pouvons également supposer que cette différence puisse être liée à la diminution des épisiotomies et des désunions périnéales, à l'origine d'une augmentation de la douleur en post-partum, notamment dans l'étude de Wilkie et al. qui retrouvent une augmentation de la consommation de narcotique en post-partum en cas de désunion de cicatrice périnéale (44).

Forces et limites :

La principale force de notre étude est l'inclusion de toutes les femmes ayant eu un accouchement instrumental et remplissant les critères d'inclusion sur 2 périodes de 3 mois. Cela nous a permis de recueillir deux groupes de 249 femmes pour 2013 et 162 femmes pour 2023. Cependant, nous avons constaté des différences dans les caractéristiques de la population notamment concernant la nulliparité, le tabagisme en cours de grossesse, la pré-éclampsie, l'IMC moyen et la prise de poids pendant la grossesse. La possibilité de comparer les deux groupes est ainsi limitée par l'impossibilité d'ajuster les issues maternelles et néonatales sur les caractéristiques maternelles initiales, certaines issues étant trop rares par rapport à la taille de notre population. Certaines variations observées dans notre étude sont donc peut-être liées aux modifications des caractéristiques de la population et non aux modifications des pratiques en

salle de naissance de notre maternité. De même, du fait de la taille de notre population nous n'avons pas pu conclure sur certaines issues trop rares, notamment les méthodes de 2^{ème} et 3^{ème} ligne de prise en soin de l'hémorragie du post-partum, les causes d'hyperthermie en maternité, les Apgar inférieurs à 7 à 5 min et les pH artériel inférieurs à 7.

Concernant les autres faiblesses de notre étude, la principale est son caractère rétrospectif limitant la généralisation des résultats et pouvant augmenter les données manquantes, notamment concernant l'EVA en post-partum dans notre étude. Par ailleurs, nous avons recueilli uniquement les issues maternelles lors du séjour en maternité. Il est donc probable que certaines complications étant survenues après la sortie n'aient pas été recueillies notamment les endométrites et les désunions de cicatrice périnéale qui surviennent souvent à distance (31,44,45).

CONCLUSION

Cette étude soutient l'évolution des pratiques française en salle de naissance au cours des quinze dernières années permettant, dans notre centre, une diminution des accouchements instrumentaux. En effet, nous n'avons pas retrouvé d'augmentation des différentes complications maternelles et néonatales associées aux accouchements instrumentaux malgré une durée de travail plus longue et des efforts de poussées plus prolongés. Nous avons également constaté une diminution de la fréquence des dystocies des épaules et, en post-partum, de la douleur et de l'hyperthermie. Il sera intéressant par la suite d'évaluer le vécu des femmes et de voir l'effet à plus long terme de ces modifications de pratiques notamment sur les incontinences urinaire et anale.

Bibliographie :

1. Operative vaginal birth. ACOG Practice Bulletin No. 219. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e149–59.
2. Vayssière C, Beucher G, Dupuis O, Feraud O, Simon-Toulza C, Sentilhes L, et al. Instrumental delivery: clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. nov 2011;159(1):43-8. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.06.043
3. Petitprez K, Guillaume S, Mattuizzi A, Arnal M, Artzner F, Bernard C, et al. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) et du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) – Texte des recommandations (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. déc 2020;48(12):873-82. doi:10.1016/j.gofs.2020.09.013
4. Crowley CM, Lang NA, O’Leary BD, Geary MP. Trends in instrument preference for operative vaginal delivery in a tertiary referral center: 2008–2021. *Intl J Gynecology & Obste*. août 2023;162(2):752-8. doi:10.1002/ijgo.14736
5. Merriam A, Ananth C, Wright J, Siddiq Z, D’Alton M, Friedman A. Trends in operative vaginal delivery, 2005–2013: a population-based study. *BJOG*. août 2017;124(9):1365-72. doi:10.1111/1471-0528.14553
6. Muraca GM, Sabr Y, Brant R, Cundiff GW, Joseph KS. Temporal and Regional Variations in Operative Vaginal Delivery in Canada by Pelvic Station, 2004-2012. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. juill 2016;38(7):627-35. doi:10.1016/j.jogc.2016.04.007
7. Tsakiridis I, Giouleka S, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Daniilidis A, Dagklis T. Operative vaginal delivery: a review of four national guidelines. *Journal of Perinatal Medicine*. 26 mars 2020;48(3):189-98. doi:10.1515/jpm-2019-0433
8. Guidelines for Operative Vaginal Birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. août 2004;26(8):747-53. doi:10.1016/S1701-2163(16)30647-8
9. Murphy D, Strachan B, Bahl R, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth: Green-top Guideline No. 26. *BJOG*. août 2020;127(9). doi:10.1111/1471-0528.16092
10. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. L’évolution des pratiques médicales durant le travail et l’accouchement à partir des données des Enquêtes nationales périnatales. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mai 2023;51(5):237-8. doi:10.1016/j.gofs.2022.12.002
11. Froeliger A, Mattuizzi A, Madar H, Hamel JF, Bouchghoul H, Sentilhes L. Maternal and Neonatal Morbidity After Attempted Operative Vaginal Delivery. 2022.
12. Panelli DM, Leonard SA, Joudi N, Girsan AI, Judy AE, El-Sayed YY, et al. Severe maternal and neonatal morbidity after attempted operative vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. mai 2021;3(3):100339. doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100339
13. Muraca GM, Boutin A, Razaz N, Lisonkova S, John S, Ting JY, et al. Maternal and neonatal trauma following operative vaginal delivery. *CMAJ*. 10 janv 2022;194(1):E1-12. doi:10.1503/cmaj.210841

14. Tournier A, Doremieux AC, Drumez E, Labreuche J, Cassim F, Gonzales M, et al. Factors associated with a maternal lower-limb neurological deficit after vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 2023;102(1):51-8. doi:10.1111/aogs.14441
15. Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Balasubramanian BA, Gandhi K, Joseph KS, et al. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis.
16. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* sept 2004;191(3):933-8. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.044
17. Zipori Y, Grunwald O, Ginsberg Y, Beloosesky R, Weiner Z. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* févr 2019;220(2):191.e1-191.e7. doi:10.1016/j.ajog.2018.10.028
18. Aboukhatir D. Evaluating the impact of the second-stage and pushing duration on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis.
19. Le Ray C, Rozenberg P, Kayem G, Harvey T, Sibiude J, Doret M, et al. Alternative to intensive management of the active phase of the second stage of labor: a multicenter randomized trial (Phase Active du Second STade trial) among nulliparous women with an epidural. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* oct 2022;227(4):639.e1-639.e15. doi:10.1016/j.ajog.2022.07.025
20. Dupuis N, Pizzoferrato AC, Garabedian C, Rozenberg P, Kayem G, Harvey T, et al. Moderate or intensive management of the active phase of second-stage labor and risk of urinary and anal incontinence: results of the PASST randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* nov 2023;229(5):528.e1-528.e17. doi:10.1016/j.ajog.2023.07.034
21. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* janv 2017;45(1):56-61. doi:10.1016/j.gofs.2016.12.017
22. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachan E, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Intl J Gynecology & Obste.* oct 2015;131(1):13-24. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.020
23. Szu LT, Chou PY, Lin PH, Chen C, Lin WL, Chen KH. Comparison of maternal and fetal outcomes between delayed and immediate pushing in the second stage of vaginal delivery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Gynecol Obstet.* févr 2021;303(2):481-99. doi:10.1007/s00404-020-05814-w
24. Bertholdt C, Morel O, Zuily S, Ambroise-Grandjean G. Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* juin 2022;226(6):781-93. doi:10.1016/j.ajog.2021.11.033
25. Meykiechel T, Bourcigaux N, Christin-Maitre S. Le diabète gestationnel : diagnostic et prise en charge. *Anesthésie & Réanimation.* juill 2023;9(3):268-76. doi:10.1016/j.anrea.2023.05.002

26. Sentilhes L, Schmitz T, Arthuis C, Barjat T, Berveiller P, Camilleri C, et al. La pré-éclampsie : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. janv 2024;52(1):3-44. doi:10.1016/j.gofs.2023.10.002
27. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513. doi:10.1016/S0368-2315(05)82867-4
28. Sentilhes L, Sénat MV, Boulogne AI, Deneux-Tharaux C, Fuchs F, Legendre G, et al. Dystocie des épaules : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2015;44(10):1303-10. doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.053
29. Ducarme G, Pizzoferrato AC, De Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. sept 2019;48(7):455-60. doi:10.1016/j.jogoh.2018.12.002
30. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Sentilhes L, Vayssière C, Deneux-Tharaux C, Aya AG, Bayoumeu F, Bonnet MP, et al. Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique (texte court). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;43(10):1170-1179.
31. Faure K, Dessein R, Vanderstichele S, Subtil D. Endométrites du post-partum. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mai 2019;47(5):442-50. doi:10.1016/j.gofs.2019.03.013
32. Envain F, Drumez E, Cappe M, Subtil D, Garabedian C. Impact of a change of a pH analyzer machine on the determination of umbilical cord pH at birth. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. sept 2020;49(7):101819. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101819
33. Dabi Y, Thubert T, Fuchs F, Barjat T, Belaisch–Allart J, Ceccaldi PF. How is functioning the Ethical Review Board « Comité d’Ethique Pour La Recherche En Obstétrique Et Gynécologie » (CEROG) ? *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. avr 2022;51(4):102352. doi:10.1016/j.jogoh.2022.102352
34. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. déc 2017;46(10):701-13. doi:10.1016/j.jogoh.2017.09.002
35. Rollet C, Chantry A, Azria E, Le Ray C, Girault A. Does a three-hour delayed pushing benefit the mode of delivery? *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. juin 2023;52(6):102589. doi:10.1016/j.jogoh.2023.102589
36. Haller G, Pichon I, Gay F -O., Savoldelli G. Risk factors for peripheral nerve injuries following neuraxial labour analgesia: a nested case–control study. *Acta Anaesthesiol Scand*. oct 2017;61(9):1203-14. doi:10.1111/aas.12951
37. A. Wong C. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstetrics & Gynecology*. févr 2003;101(2):279-88. doi:10.1016/S0029-7844(02)02727-8
38. Richard A, Vellieux G, Abbou S, Benifla JL, Lozeron P, Kubis N. Good prognosis of postpartum lower limb sensorimotor deficit: a combined clinical, electrophysiological, and

- radiological follow-up. *J Neurol.* mars 2017;264(3):529-40. doi:10.1007/s00415-016-8388-5
39. Sato M, Noguchi J, Mashima M, Tanaka H, Hata T. 3D power Doppler ultrasound assessment of placental perfusion during uterine contraction in labor. *Placenta.* sept 2016;45:32-6. doi:10.1016/j.placenta.2016.06.018
40. McNamara H, Johnson N. The effect of uterine contractions on fetal oxygen saturation. *BJOG.* août 1995;102(8):644-7. doi:10.1111/j.1471-0528.1995.tb11403.x
41. Renon P, Drumez E, Sanchez M, Labreuche J, Garabedian C. Can shoulder dystocia be predicted before operative vaginal delivery using a score that includes ultrasonographic head–perineum distance measurement? *Intl J Gynecology & Obstet.* oct 2025;171(1):272-80. doi:10.1002/ijgo.70184
42. Sentilhes L, Sénat MV, Boulogne AI, Deneux-Tharaux C, Fuchs F, Legendre G, et al. Dystocie des épaules : recommandations pour la pratique clinique (texte court). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015;44(10):1303-1310. doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.053.
43. Bouchghoul H, Hamel JF, Mattuizzi A, Ducarme G, Froeliger A, Madar H, et al. Predictors of shoulder dystocia at the time of operative vaginal delivery: a prospective cohort study. *Sci Rep.* 15 févr 2023;13(1):2658. doi:10.1038/s41598-023-29109-7
44. Wilkie GL, Saadeh M, Robinson JN. Risk factors for poor perineal outcome after operative vaginal delivery. *J Perinatol.* déc 2018;38(12):1625-30. doi:10.1038/s41372-018-0252-2
45. Williams MK, Chames MC. Risk factors for the breakdown of perineal laceration repair after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* sept 2006;195(3):755-9. doi:10.1016/j.ajog.2006.06.085

FIGURES ET TABLEAUX :

Figure 1 : Flow-Chart

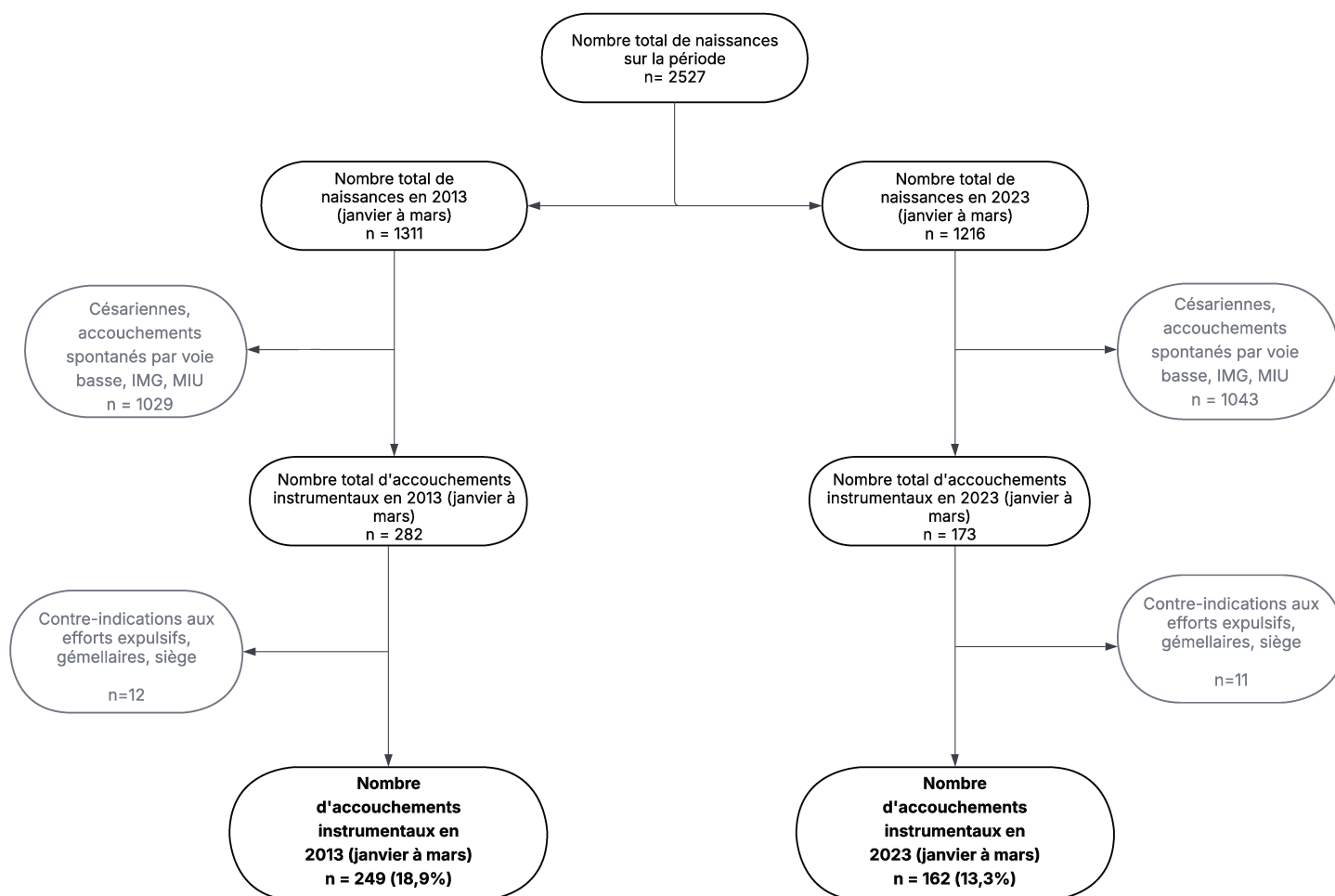


Tableau 1 : Caractéristiques maternelles initiales et caractéristiques de la grossesse

	Accouchement instrumental en 2013 N = 249	Accouchement instrumental en 2023 N = 162	P
Âge (en années)	28.97 ± 4.96	29.90 ± 5.54	0.076
Âge > 35 années	26 (10.4)	25 (15.4)	0.13
IMC moyen	22.15 (20.20 ; 25.07)	23.28 (21.05 ; 26.40)	0.021
IMC > 30	28 (11.4)	21 (13.0)	0.63
Nulliparité	184 (73.9)	134 (82.7)	0.037
Antécédent d'utérus cicatriciel ^a	27/65 (41.5)	8/28 (28.6)	0.24
Antécédent d'épisiotomie ^a	11/65 (16.9)	7/28 (25.0)	0.37
Antécédent de LOSA ^a	0/65 (0.0)	2/28 (7.1)	-
Antécédent d'accouchement instrumental ^a	19/65 (29.2)	10/28 (35.7)	0.54
Diabète antérieur à la grossesse	5 (2.0)	1 (0.6)	-
Diabète gestationnel	25 (10.0)	23 (14.3)	0.19
Tabac actif en cours de grossesse	42 (16.9)	14 (8.6)	0.018
Prise de poids pendant la grossesse (en kg)	12.69 ± 5.79	11.36 ± 5.45	0.021
Pré-éclampsie	1 (0.4)	8 (4.9)	0.003
Suspicion de RCIU	6 (2.4)	9 (5.6)	0.097
Suspicion de macrosomie	17 (6.8)	14 (8.6)	0.5
Rupture prématurée des membranes	7 (2.8)	6 (3.7)	0.61
Rupture des membranes à terme avant travail	44 (17.7)	33 (20.4)	0.49

Résultats présentés en nombre (pourcentage), en moyenne ± écart-type ou en médiane (Q1 ; Q3)

^a : pourcentage exprimé parmi la population non nullipare

Tableau 2 : Caractéristiques du travail

	Accouchement instrumental en 2013 N = 249	Accouchement instrumental en 2023 N = 162	P
Âge gestationnel (en semaines)	39.86 (39.00 ; 40.57)	40.00 (39.00 ; 40.71)	0.34
Déclenchement	41 (16.5)	67 (41.4)	<0.001
Péridurale	231 (92.8)	155 (95.7)	0.23
Rotation manuelle	20 (8.0)	41 (25.3)	<0.001
Rupture artificielle des membranes	89 (35.9)	64 (39.5)	0.46
Liquide méconial	34 (13.8)	20 (12.3)	0.67
Ocytocine pendant le travail	125 (50.2)	60 (37.0)	0.009
Anomalie du rythme cardiaque pendant le travail	100 (40.2)	75 (46.3)	0.22
Durée à dilatation complète avant les efforts expulsifs (min)	21 (0.0 ; 65.00)	90.0 (20.0 ; 150.0)	<0,001

Résultats présentés en nombre (pourcentage) ou en médiane (Q1 ; Q3)

Tableau 3 : Caractéristiques de l'accouchement

	Accouchement instrumental en 2013 N =249	Accouchement instrumental en 2023 N = 162	P
Durée entre le début des efforts expulsifs et la naissance (en min)	18.0 (12.0 ; 27.0)	33.5 (18.0 ; 58.0)	<0.001
Échographie de variété	47 (18.9)	149 (92.5)	<0.001
Échographie d'engagement	19 (7.6)	141 (87.0)	<0.001
Type d'instrument :			<0.001
-Ventouse	123 (49.4)	69 (42.6)	
-Forceps	126 (50.6)	81 (50.0)	
-Spatules	0 (0.0)	12 (7.4)	
Type d'instrument :			0.18
-Ventouse	123 (49.4)	69 (42.6)	
-Forceps et spatules	126 (50.6)	93 (57.4)	
Pause lors des efforts expulsifs	0 (0.0)	19 (11.7)	<0.001
Césarienne pour échec d'instrument	2 (0.8)	4 (2.5)	-
Double instrument	27 (10.8)	9 (5.6)	0.064
Dystocie des épaules	38 (15.3)	14 (8.6)	0.049
Épisiotomie	67 (26.9)	7 (4.3)	<0.001
Suture par la technique 1 fil 1 nœud de l'épisiotomie	5 (7.9)	2 (28.6)	-
Déchirure périnéale (épisiotomie sans LOSA exclues) :			0.91
-Stade 0	25 (13.5)	24 (15.6)	
-Stade 1	62 (33.5)	48 (31.2)	
-Stade 2	74 (40.0)	64 (41.6)	
-LOSA	24 (13.0)	18 (11.7)	

Résultats présentés en nombre (pourcentage), moyenne ($\pm$ écart-type) ou en médiane (Q1 ; Q3)

Tableau 4 : Caractéristiques maternelles en post-partum

	Accouchement instrumental en 2013 N = 249	Accouchement instrumental en 2023 N = 162	P
Saignements > 500 mL	25 (10.0)	18 (11.1)	0.73
DARU ou RU	30 (12.0)	25 (15.4)	0.32
Méchage vaginal	9 (3.6)	8 (4.9)	0.51
Ballon de tamponnement intra-utérin	1 (0.4)	1 (0.6)	-
Embolisation	1 (0.4)	0 (0.0)	-
Chirurgie de l'hémorragie du post-partum	1 (0.4)	0 (0.0)	-
Hématome pelvi-génital dans les suites immédiates	1 (0.4)	0 (0.0)	-
EVA maximale (de 0 à 10) :			
-J1 :	3.0 (2.0 ; 5.0)	2.0 (1.0 ; 4.0)	0.002
<i>Données manquantes</i>	28	11	
-J2 :	2.0 (1.0 ; 3.0)	2.0 (0.0 ; 4.0)	0.42
<i>Données manquantes</i>	25	13	
-J3 :	2.0 (1.0 ; 3.0)	1.0 (0.0 ; 3.0)	0.034
<i>Données manquantes</i>	55	20	
Désunion de cicatrice	8 (3.2)	1 (0.6)	0.095
Hématome pelvi-génital en suite de naissance	3 (1.2)	2 (1.2)	-
Hyperthermie en post-partum	16 (6.4)	3 (1.9)	0.031
Causes de l'hyperthermie :			
-Veinite	1 (0.4)	0 (0.0)	-
-Pneumopathie	1 (0.4)	0 (0.0)	-
-Périnée	3 (1.2)	0 (0.0)	-
-Endométrite	6 (2.4)	2 (1.2)	-
-Hématome pelvi-génital	1 (0.4)	0 (0.0)	-
-Lymphangite mammaire	1 (0.4)	0 (0.0)	-
-Thrombose de la veine ovarienne	1 (0.4)	0 (0.0)	-
-Inconnue	4 (1.6)	1 (0.6)	-
Cause de l'hyperthermie :			
-Cause utérine ou périnéale	10 (4.0)	2 (1.2)	0.14
-Cause autres	2 (0.8)	0 (0.0)	-
-Inconnue	4 (1.6)	1 (0.6)	-
Nécessité de sondage urinaire	20 (8.0)	13 (8.0)	1.00
Déficit des membres inférieurs	7 (2.8)	1 (0.6)	0.15
Durée d'hospitalisation (jours)	5.0 (4.0 ; 5.0)	4.0 (4.0 ; 5.0)	0.043

Résultats présentés en nombre (pourcentage) ou en médiane (Q1 ; Q3)

Tableau 5 : Caractéristiques néonatales

	Accouchement instrumental en 2013 N = 249	Accouchement instrumental en 2023 N = 162	P
pH artériel	7.20 ± 0.06	7.19 ± 0.09	0.19
pH artériel < 7,10	18 (7.4)	20 (12.5)	0,087
pH artériel < 7,0	0 (0.0)	3 (1.9)	-
Poids de naissance (g)	3357 ± 468.2	3294 ± 496.2	0.19
Transfert en réanimation néonatale ou soins continus	8 (3.2)	6 (3.7)	0.79
Dont transfert en réanimation néonatale ou soins continus lié à une pathologie connue en anténatal	2 /8(25.0)	2/6 (33.3)	-
APGAR < 7 à 5 min	2 (0.8)	3 (1.9)	-
Paralysie faciale	1 (0.4)	4 (2.5)	-
Fracture	1 (0.4)	1 (0.6)	-
Autres traumatismes :			-
-Neurapraxie C5-C6	1 (0.4)	0 (0.0)	
-Céphalhématome	5 (2.0)	2 (1.2)	
-Plexus brachial	0 (0.0)	1 (0.6)	
Traumatisme néonatal ^a	8 (3.2)	8 (4.9)	0.38

Résultats présentés en nombre (pourcentage), en moyenne ± écart-type

^a : traumatisme néonatal = fracture, céphalhématome, traumatisme neurologique

AUTEURE : Nom : RAMASSAMY

Prénom : Emma

Date de soutenance : 29/05/2026

Titre de la thèse : Évaluation des complications maternelles et néonatales suite aux modifications de pratique de l'accouchement instrumental : étude comparative entre 2013 et 2023 au CHU de Lille

Thèse - Médecine - Lille - 2026

Cadre de classement : gynécologie-obstétrique

DES + FST/option : gynécologie-obstétrique

Mots-clés : Accouchement instrumental, Hémorragie du post-partum, Traumatisme néonatal, Dystocie des épaules, Traumatisme néonatal

Résumé :

Contexte : Les pratiques des accouchements instrumentaux ont évolué au cours des 15 dernières années du fait de modifications des recommandations et d'une diminution de la médicalisation du travail et de l'accouchement. Cette évolution est susceptible de s'accompagner de modifications de fréquence des complications associées aux accouchements instrumentaux.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'étudier l'évolution de la morbidité maternelle et néonatale des accouchements instrumentaux entre 2013 et 2023 du fait de l'évolution potentielle des pratiques sur cette période.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective, comparant les périodes du 1er janvier au 31 mars 2013 et du 1er janvier au 31 mars 2023. Les femmes ayant eu un accouchement instrumental ont été incluses. Les issues maternelles et néonatales ont été comparées.

Résultats : 249 femmes ont été incluses durant la 1ère période et 162 durant la 2nde. Le taux d'accouchement instrumental était de 21,5% en 2013 versus 14,2% en 2023 ($p < 0,001$). Il a été observé une diminution des dystocies des épaules (8,6% versus 15,3% ; $p = 0,049$). En post-partum, il est survenu moins d'hyperthermie (1,9% versus 6,4% ; $p = 0,031$) et les échelles visuelles analogiques à J1 et J3 étaient moins élevées ($p = 0,002$ à J1 et $0,034$ à J3). Par ailleurs, les morbidités maternelle et néonatale étaient similaires entre 2013 et 2023.

Conclusion : Les modifications récentes des pratiques en salle de naissance ne s'accompagnent pas d'une augmentation la morbidité maternelle ou néonatale associés aux accouchements instrumentaux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs :

- Madame le Docteur Béatrice MESTDAGH
- Madame le Docteur Sophie VANDERSTICHELE
- Madame le Docteur Aurélie QUANDALLE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN