

L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ? Enquête prospective auprès de 130 sages-femmes de Normandie

Virginie Robin

▶ **To cite this version:**

Virginie Robin. L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ? Enquête prospective auprès de 130 sages-femmes de Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00631126

HAL Id: dumas-00631126

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631126

Submitted on 11 Oct 2011

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

L'ACCOMPAGNEMENT DES PARTURIENTES SERAIT-IL INFLUENCE PAR L'ANALGESIE PERIDURALE ?

Enquête prospective auprès de 130 sages-femmes de Normandie

Mémoire présenté par

Mademoiselle Virginie ROBIN

Née le 09 Août 1987

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2011

L’accompagnement des parturientes serait-il influencé par l’analgésie péridurale ?

Mes plus sincères remerciements

A Mme Rubin, cadre sage-femme et directrice de ce mémoire,
Pour son regard éclairé sur ce sujet
Ainsi que sur l'évolution de la profession de sage-femme.

A Mme Le Guen, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire,
Pour ses conseils et sa disponibilité dans l'orientation de ce travail,
Ainsi que pour son soutien pendant ces quatre ans.

Aux cadres sages-femmes des différents établissements ayant accueilli l'enquête,
En particulier à Mme Grout,
Et à chaque sage-femme ayant répondu aux questionnaires,
Pour les enseignements et les échanges enrichissants qu'elles m'ont proposé.

A Fabien,
Pour sa présence, son soutien, et surtout pour son Amour,
A chaque instant durant ces années de formation,
Dans les bons comme les mauvais moments.

A ma famille, et en particulier
A mes parents, mon frère et ma sœur,
Parce que vous avez fait de moi ce que je deviens aujourd'hui,
Parce que vous avez toujours été là pour croire en moi et m'encourager.

Sommaire

Introduction 1

Revue de la littérature

1. Approche psychosomatique de l'accouchement 2
   1.1. Aspect physique 2
      1.1.1. Composante somatique de la douleur 3
      1.1.2. Dimension psychogène de la douleur 4
   1.2. Aspects psychologiques 5
      1.2.1. Influence de l'environnement 5
      1.2.2. Bouleversements internes 6
      1.2.3. Le passage 7

2. Approche médicale de l'accouchement 9
   2.1. Evolutions et médicalisation de la naissance 9
   2.2. L'analgésie péridurale face à la douleur du travail 11
      2.2.1. La péridurale en salle de naissance 11
      2.2.2. Alternatives 13
      2.2.3. La parturiente et la péridurale 14
      2.2.4. Les professionnels et la péridurale 17

3. Accompagnement de la parturiente 20
   3.1. Du côté des couples 20
   3.2. Du côté des professionnels 21
   3.3. Perspectives 23

Enquête

1. Méthodologie 24
   1.1. Problématique et hypothèses 24
   1.2. La population étudiée 25
   1.3. Le questionnaire 26
      1.3.1. Première partie : Vous 26

1.3.2. Accompagnement 27
1.3.3. L'accompagnement d'une parturiente avec péridurale 28
L'accompagnement d'une parturiente sans péridurale 28
1.3.4. Comparaison 29
1.4. Analyse 30
1.5. Les biais et difficultés 30
1.5.1. Concernant l'obtention des questionnaires 30
1.5.2. Concernant l'interprétation des questionnaires 30

2. Résultats 32
2.1. La population d'étude 32
2.2. Accompagnement 34
2.3. Accompagnement des parturientes et analgésie péridurale. 40
2.4. Comparaison 47

Discussion

1.Généralités 53
1.1. Les sages-femmes interrogées 53
1.2. Le contact avec les couples 53

2. Les différences créées par l'analgésie péridurale. 54
2.1. Le temps consacré aux patientes 54
2.2. Une présence différente 55
2.3. Des prises en charge différentes 56
2.4. La relation sage-femme - parturiente 57

3. Les explications de ces résultats 58
3.1. Différences des besoins des parturientes 58
3.2. Différences selon les professionnels et leurs contraintes 59

Conclusion 60

Bibliographie

Annexe

Introduction

La sage-femme a pour compétence « l'accompagnement des parents de la conception à la naissance » d'après l'Ordre des sages-femmes. A notre époque, accompagner les parturientes, qui sont les « femmes qui accouchent » selon le dictionnaire Hachette[6], c'est accompagner 78% de patientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale.

Or, la minorité de patientes qui n'en bénéficie pas nous a mis en difficulté durant notre formation : nous nous sommes sentis désarmés pour leur proposer la présence la plus adaptée possible, d'autant que cet exercice n'a pas été fréquent puisque la majorité de ces situations correspond à des accouchements rapides. Mais ce constat a été source de réflexions : pourquoi ces patientes nous mettent-elles en difficulté ? En quoi la péridurale implique-t-elle une différence d'accompagnement de la patiente par la sage-femme ? Et pourquoi ?

Ces différences n'étant pas définies dans la littérature, notre enquête aura donc pour objectif de les mettre en évidence et de tenter de les expliquer. Nos hypothèses sur ce point sont de deux ordres :

- Les patientes avec et sans péridurale ont des besoins différents qui justifient deux prises en charge différentes.
- Partant du constat que la prise en charge de la patiente sous péridurale est moins chronophage que celle qui n'en a pas, a-t-elle moins besoin de notre présence ? Ou lui consacrons-nous moins de temps car nous en manquons ?

La péridurale n'efface que la composante somatique de la douleur, mais n'a aucun rôle ni sur la composante psychologique de cette même douleur, ni sur tous les remaniements psychologiques ayant lieu durant le travail. Pour comprendre ce que cette analgésie met en jeu, il nous semble nécessaire de définir toutes les composantes psychosomatiques de l'accouchement car celui-ci recoupe beaucoup d'aspects, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Nous décrirons ensuite le contexte médical dans lequel les femmes mettent leur enfant au monde de nos jours puis nous essaierons de définir ce qu'est l'accompagnement d'un accouchement.

Revue de la littérature

1. Approche psychosomatique de l'accouchement

L'accouchement est défini comme l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles[14]. Le début du travail est marqué par l'apparition des contractions utérines du travail, qui induisent des modifications cervicales. Ces contractions présentent des caractères particuliers : elles sont *involontaires*, *intermittentes et rythmées*, *progressives dans leur durée*, *totales* mais aussi *douloureuses*.

Si la douleur est au centre des préoccupations liées à l'accouchement, celui-ci se définit aussi comme une expérience émotionnelle et physiologique très intense pour chaque femme.

1.1. Aspect physique

L'accouchement est principalement défini comme une épreuve physique douloureuse. La particularité de la douleur de l'accouchement est qu'elle n'est pas le symptôme d'un état pathologique. Pourquoi l'accouchement, un acte physiologique, doit-il être douloureux ? Comprendre la douleur de l'accouchement, c'est s'intéresser à la physiologie de l'accouchement, mais aussi comme pour toute douleur, porter son regard sur les différentes dimensions de la douleur de l'accouchement. Cette dichotomie de la notion de douleur est essentielle car cette sensation existe même chez les animaux qui mettent au monde, mais elle est investie chez les êtres humains par des facteurs culturels, vécu affectif, histoire de la femme, etc. En effet, selon David Le Breton[34],

> *La douleur ressentie n'est jamais un simple flux sensoriel, mais une perception qui concerne chaque sujet dans son rapport au monde, à son environnement, à sa culture. Jamais purement physiologique, profondément subjective, elle relève d'une symbolique et se trouve marquée par l'appartenance culturelle*.

1.1.1. Composante somatique de la douleur

La majorité des douleurs présente une réalité somatique, c'est-à-dire qu'une information, née au niveau des récepteurs périphériques, est dirigée vers les structures cérébrales, pour être analysée et éventuellement décrite. Le trajet de cette information peut être une boucle réflexe ne passant pas par le cortex cérébral, en retirant notre main du feu par exemple, pour éviter les dommages corporels.

Au cours de la première phase du travail, la dilatation du col et la distension du segment inférieur utérin pendant les contractions génèrent les sensations douloureuses. Cette douleur irradie dans les dermatomes thoraciques T11 et T12, puis s'étend progressivement aux territoires sous-jacents T10 et L1. A dilatation complète, s'ajoutent les douleurs permanentes dues à la distension des structures du petit bassin par la présentation. Enfin, lors de l'expulsion, l'acmé douloureuse est provoquée par la distension de la filière génitale et du périnée, via les racines sacrées myélinisées S2 à S4, moins sensibles aux agents anesthésiques.

Les douleurs de l'accouchement sont importantes : malgré l'existence d'une augmentation physiologique des seuils douloureux en fin de grossesse, le travail et l'accouchement provoquent une douleur aiguë intense pour 2/3 des parturientes[60]. Melzack dans son échelle d'intensité de la douleur situe l'accouchement certes au-dessous de la douleur d'une amputation digitale mais en moyenne bien au-dessus de celle d'une fracture. Les scores douloureux augmentent significativement lors de la rupture de la poche des eaux et après 5 cm de dilatation cervicale pour atteindre un maximum au moment de l'expulsion.

De grandes variabilités interindividuelles existent : ainsi, 10% des parturientes ont un accouchement quasi indolore (multipares en travail spontané) ; et à l'inverse, 30% des primipares et 10% des multipares ressentent des douleurs atroces et intolérables. Le jeune âge, le surpoids maternel, la macrosomie fœtale et les présentations fœtales postérieures favorisent aussi la survenue de douleurs intenses. Mais l'intensité douloureuse reste principalement influencée par la primiparité, l'utilisation d'ocytocine, et surtout par le stade du travail ; et il ne faut pas non plus nier l'existence de facteurs psychogènes ou socioculturels.

1.1.2. Dimension psychogène de la douleur

La douleur obstétricale que le corps médical traite maintenant comme une maladie, est considérée comme exclusivement physique. Seule la douleur physiologique liée à l'intensité des contractions est prise en compte. […] Pourtant, le corps et le psychisme sont difficilement dissociables, tout particulièrement à l'heure de devenir mère.

[M.-R. Bernard][21]

Dès 1976, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur donne une nouvelle définition à la douleur, qui prend en compte, au-delà de la sensation, la composante émotionnelle de celle-ci. «La neurophysiologie tient le facteur psychique pour l'une des causes principales de l'émotion douloureuse. Des facteurs psychologiques et cognitifs sont donc partie ou contribuent à l'expérience de la douleur.»[21] Ainsi, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou encore décrite dans des termes évoquant une telle lésion ».

La douleur résulte donc d'une double perception. La perception externe, ou composante sensori-discriminative, permet de capter et de décrire la sensation douloureuse. La perception interne est liée au bouleversement psychique qui s'ensuit et fait de la douleur une expérience toujours individuelle, déterminée par nos expériences antérieures[9]. Ainsi, la *composante affectivo-émotionnelle* de la douleur lui confère sa tonalité désagréable tandis que la *composante cognitive* désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'agir sur la discrimination sensorielle et l'affect, comme l'interprétation, le raisonnement ou la mémorisation[50]. En effet, les références au passé interviennent, en lien avec l'interprétation ou la représentation que cette personne a de la douleur.

Nous ne ferons que mentionner l'existence de la *composante comportementale* de la douleur, qui englobe l'ensemble observable des manifestations verbales et non verbales chez la personne qui souffre, qui permet à l'individu d'objectiver l'évènement traumatique.

La douleur a aussi une *composante culturelle*. Le rapport à la douleur a notamment connu un bouleversement dans les sociétés occidentales. Nous sommes ainsi entrés dans une ère antidoloriste où les produits antalgiques sont banalisés, et où l'individu est à la recherche de modes de soulagement rapides et efficaces. La douleur a désormais acquis une dimension de maladie qu'il faut traiter, puisqu'on a enfin pu démontrer son inutilité. Cela aura été plus tardif pour les douleurs de l'accouchement qui sont spécifiques : elles sont aigües, n'ont pas fonction de protection, ni même de signal[9], mais il s'agit de douleurs naturelles, hors du cadre de la pathologie, qui font qu'elles ne sont pas condamnées de manière aussi franche que les autres. Par exemple, l'anathème « tu enfanteras dans la douleur » du discours judéo-chrétien fait partie du patrimoine culturel, et explique que la douleur soit perçue comme un sacrifice normal : un accouchement heureux est douloureux d'où l'ancienne dénomination « douleurs » des contractions utérines. La douleur s'autoalimente de la représentation que l'on s'en fait et la peur de souffrir s'est emparée de notre société. L'accouchement douloureux a ainsi été inscrit dans notre culture comme une fatalité, jusqu'à la revendication et l'obtention d'une anesthésie au chloroforme par la reine Victoria au milieu du XIXème siècle.

Tous ces éléments expliquent que la sensibilité à la douleur soit très variable d'une femme à l'autre. De plus, les variations de sensibilité à la douleur peuvent être fonction du stress, des peurs et des angoisses de la parturiente[21], ainsi que de sa capacité individuelle à gérer la douleur, qui inclut la confiance en son corps et sa capacité à « faire avec » la douleur[45][46]. En résumé, la sensibilité à la douleur dépend de facteurs psychologiques.

1.2. Aspects psychologiques

L'enfantement est en rapport avec des perturbations psychiques, émotives et spirituelles[35]. Il est chargé de beaucoup de dimensions que la sage-femme doit connaître pour mieux comprendre les parturientes dont elle se charge. Nous allons donc voir les différents aspects psychologiques que nos patientes peuvent traverser, teintés de beaucoup d'ambivalence.

1.2.1. Influence de l'environnement

La logique de la conception de l'enfant dans l'intimité de son domicile appelle celle de sa mise au monde dans ce même contexte. L'hôpital paraît alors n'offrir qu'une

intimité artificielle. La sécurité étant un sentiment venant de l'intérieur, les représentations de la maison et de sa fonction de protection font considérer le milieu hospitalier comme un risque de manquer de protection, d'être exposée à des stress inutiles alors qu'on est vulnérable[35]. Ce sentiment va surtout être ressenti par la femme, mais peut aussi l'être par son conjoint. C'est pourquoi il est important que les professionnels veillent à respecter l'intimité du couple.

Mais il ne s'agit pas seulement d'une appréhension de l'inconnu, puisqu'on retrouve ce sentiment chez les primipares comme chez les multipares[9]. Les femmes doutent de la capacité de leur corps, de leur aptitude à être mère, parfois des compétences des soignants.

1.2.2. Bouleversements internes

L'accouchement est imprévisible, que ce soit pour le moment où il se produit comme pour son déroulement, ce qui est, avant même son commencement, source d'angoisse pour les femmes. Selon C.E. Tourné[20], la douleur exprime le plus souvent l'angoisse existentielle maternelle. En effet, la parturiente affronte une difficulté à résoudre le conflit expulser-retenir, comme à gérer la phase de transition qu'est l'accouchement qui fera d'elle une mère sociale. Ce conflit est une première marque d'ambivalence. Le désir ou la peur de mettre le bébé au monde peuvent être source de stress et d'angoisse, facteurs qui influent sur la dilatation qui peut être plus ou moins rapide, même si l'on ne connaît pas ce processus. Plus tard dans le travail apparaîtra le signe que la dilatation se termine : le réflexe instinctuel d'enfantement, qui est en fait un réflexe de poussée. Il est source d'un effet de surprise qui se comporte comme une agression de l'organisme, déclenchant un moment de panique dû à la rupture du rythme contractile établi. Mais à cause de l'image de l'accouchement idyllique, « le plus beau jour de leur vie », les femmes ne sont pas toujours préparées à ces angoisses soulevées par l'accouchement.

Celui-ci est aussi le moment de changements d'identité. Daniel Stern explique dans « la Constellation maternelle » qu'au moment de la naissance, une triade psychique se forme, laissant à la propre mère de la femme qui devient mère une place importante ; cette dernière s'identifie à sa mère, laquelle l'autorise à devenir mère à son tour[21]. Selon C.-E. Tourné[45][46], la mutation maternelle a lieu grâce à l'expérience sensorielle de l'accouchement. De plus, la femme sociale laisse place à la femme

archaïque, qui affronte une épreuve physique inattendue qu'il lui faut supporter. Il s'agit aussi de puérilité car la parturiente « régresse ». Elle marche à la fois dans deux directions, ce qui est une autre ambivalence : elle va au-devant de son accouchement, vers la naissance de son enfant, en même temps qu'elle retourne à la rencontre de sa propre naissance. Paradoxalement, la parturiente, qui est en train de donner la vie, va aussi à la rencontre de sa propre mort. En effet, selon les psychanalystes, on ne peut donner naissance sans accepter de faire mourir l'ancienne identité de fille[9]. La perte de cette identité est source du deuil de la personne que la femme était avant. Mais ce deuil se place parmi d'autres deuils que Chantal Birman appelle les deuils de l'accouchée et qui devront être affrontés dans le post-partum : deuil de l'enfant imaginaire, de l'état quitté, deuil du passage d'une génération à l'autre. En effet, la naissance pousse les générations précédentes vers la mort ce qui peut aussi être source d'angoisse.

Enfin, la souffrance est elle-même source d'ambivalence vis-à-vis du conjoint : elle occasionne une séparation par rapport à l'autre, car le souffrant vit sa souffrance seul, l'autre ne peut ni la partager, ni la comprendre dans son corps. L'autre peut même être perçu comme le responsable de cette souffrance, les futurs pères sont particulièrement exposés à ce type de reproche puisque responsable de cette procréation[31].

L'accouchement est donc un moment où le psychisme est désorganisé, la femme est vulnérable, elle n'est plus armée face à ce qui se passe à l'extérieur. Beaucoup d'éléments de l'imaginaire et du passé de la femme peuvent alors surgir, se surajouter et nous échapper. En se mettant en travail, la femme entre « dans une autre dimension », un « autre état de conscience », qu'il est primordial de prendre en compte.

1.2.3. Le passage

La naissance est un passage de vie inoubliable. Traditionnellement, l'enfantement est un acte social, un rite de passage chargé symboliquement et dans toutes les sociétés. Comme nous l'avons vu, les contractions lèvent des peurs et donc des douleurs auxquelles la mère va devoir se confronter[18]. C'est un évènement exceptionnel dont la femme ressort différente, comme une épreuve du feu. Se trouver cette aptitude naturelle de mettre au monde, sentir le passage vont influencer directement leur estime d'elles-mêmes[9], maîtriser leur corps relevant d'une prouesse

personnelle valorisante. Les femmes culpabiliseront de ne pas avoir réussi à bien accoucher, c'est pourquoi les professionnels devront être vigilants à ne jamais déprécier leurs capacités.

Le vécu psychosomatique de l'expulsion est conditionné par plusieurs éléments[20] : la proximité de l'échéance qui active l'attente du résultat, l'espoir de récompense ; la culpabilité du « rejeter » complémentaire de la tentation du « retenir à tout prix » ; l'angoisse de mort réactivée et surajoutée à la peur (consciente) du déchirer, éclater. Ainsi, ce seront surtout les sensations et ce qu'elles engendreront comme état émotionnel qui seront source de difficultés. Un réflexe de défense pourra apparaître, qui se manifestera par un verrouillage périnéal provoquant un verrouillage pelvien. C'est un réflexe de conservation des structures, empêchant l'engagement. Quand celui-ci est réalisé, un comportement de blocage accentue souvent le comportement du « retenir », par référence notamment au modèle de la défécation.

Enfin, au moment du dégagement, ce même comportement du « retenir » sera guidé par la sensation de déchirure imminente. Mais ce comportement ne sera plus efficace à cette étape puisqu'il aura un effet opposé à l'attente en accentuant les tensions. Les fibres des muscles du périnée s'étendent et permettent l'ouverture de l'anneau vulvaire, qui est un soulagement. Il n'y a donc plus d'opposition à la progression du mobile fœtal : cela permet le passage de la présentation, qui est vécu comme une délivrance. En résumé, un comportement d'aide à la progression est donc exigé de l'organisme maternel, au-delà de la contraction utérine.

Les professionnels doivent savoir que la naissance est aussi une séparation, qui peut être vécue comme la perte d'un fœtus intégré à son propre moi et peut même s'apparenter à une véritable amputation. Cette perte peut être perçue comme une perte d'intégrité mais aussi comme une modification de l'image corporelle. Selon Bergeret-Amselek, la naissance est pour la mère un acte violent qui met fin à la grossesse en rompant la symbiose mère-bébé[2]. Ce sont deux êtres qui se séparent après avoir appris à vivre ensemble, au point de finir par ne faire plus qu'un. C'est pourquoi l'expulsion est un moment intense, le bébé devient un sujet à part entière. Cette séparation a pour symbole l'acte de section du cordon ombilical. Dans ce contexte, l'excorporation peut être source d'une douleur non soulagée par les méthodes d'anesthésie[34]. Et si la mère est séparée de son enfant, le perd de vue, comme après une césarienne, surgit alors une

inquiétude, la peur de ne pas reconnaitre ou de ne pas retrouver son propre bébé. Le cri de l'enfant va orienter la mère vers la préoccupation maternelle primaire, avec le début de la communication mère-enfant. Le passage de l'enfant imaginaire au nouveau-né est toujours source d'un moment de flottement, temps nécessaire à la rencontre, à l'instauration des premiers liens.

Nous avons donc vu que, outre la douleur, l'enfantement est l'occasion de remaniements psychologiques importants. Maintenant que nous savons un peu mieux ce que représente l'accouchement du côté des patientes, nous pouvons nous demander dans quel contexte médical elles mettent au monde leur enfant.

2. Approche médicale de l'accouchement

2.1. Evolutions et médicalisation de la naissance

C'est du XVIe au XIXe siècle, époque particulièrement favorable au développement de la science médicale, que l'histoire de la naissance a connu les mutations les plus importantes[58], surtout à partir du siècle des Lumières[26]. Ce mouvement a eu un effet concret sur la baisse du taux de mortalité maternelle et a été marqué par l'accentuation du rôle de la sage-femme. Celle-ci est mieux formée, et est dans l'obligation d'appeler le médecin en cas de difficultés. L'idée selon laquelle une meilleure surveillance des femmes pendant leur grossesse est nécessaire, va entrainer la baisse significative du nombre d'accouchements à domicile, une concurrence croissante des médecins dans le domaine du suivi de la grossesse, ainsi que l'augmentation du nombre de services d'obstétrique. L'intervention d'un médecin lors des accouchements est dès lors de plus en plus fréquente, c'est ainsi qu'entre le XVIe et le XVIIIe siècle, on assiste lentement au passage de la matrone à la sage-femme puis de la sage-femme au médecin accoucheur. Cette évolution est révélatrice d'un changement progressif dans la représentation de l'enfantement et dessine le lent mouvement de médicalisation de la maternité.

Le terme médicalisation décrit une transformation culturelle qui « consiste à conférer une nature médicale à des représentations et à des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes »[21]. C'est ainsi que, comme dans la plupart des domaines de la médecine, l'obstétrique a bénéficié d'un

bouleversement extraordinaire de l'approche diagnostique et thérapeutique[59], surtout dans la seconde moitié du XXème siècle. Ainsi, à l'aube du XXIe siècle, tout professionnel doit dépasser le stade du clinicien accompli pour s'adapter à une technologie de plus en plus omniprésente et tenir compte des implications sociales et économiques qui régissent la pratique de l'art médical. La surveillance de la grossesse et de l'accouchement, le mode d'accouchement, l'accueil du bébé, presque tout a changé de 1950 à 2000. Dans les années 1950, l'obstétricien et la sage-femme disposaient de leurs mains, d'un mètre ruban, d'un stéthoscope de Pinard et de leur expérience pour accompagner au mieux une grossesse[59]. Tout était basé sur l'expérience clinique et la technologie était réduite à sa plus simple expression.

L'accouchement était un phénomène douloureux. C. Lecart témoigne : « les salles de travail et d'accouchement résonnaient des cris parfois insupportables émis au rythme des contractions par des parturientes affolées et stressées »[59]. La mortalité maternelle avait déjà été fort réduite par rapport à ce qu'elle était au XIXe et au début du XXe siècle, mais la mortalité périnatale était encore fort élevée, au-delà de 3 % en 1950 dans la plupart des pays du monde occidental. Le taux de césarienne se situait entre 3 et 5 % des accouchements.

Puis avec le temps, la technologie a pris le pas. Citons une surveillance prénatale beaucoup plus élaborée avec notamment la surveillance de la croissance fœtale par l'échographie (l'échographie tridimensionnelle – 3 D – trouvera sa place vers la fin des années 1990) ; le dépistage de la souffrance fœtale par le monitoring (ou cardiotocographe), aujourd'hui parfois centralisé sur un moniteur commun, permettant une surveillance à distance ; l'amnioscopie ; l'amniocentèse pour le diagnostic de certaines maladies chromosomiques ou métaboliques ; les prélèvements au scalp ; l'oxymétrie ; ou une analgésie obstétricale qui a connu plusieurs étapes de développement, jusque l'ère de la péridurale dès le début des années 1970. En 1952, près de la moitié des accouchements avaient encore lieu à domicile. Aujourd'hui, 99% des accouchements se déroulent en milieu hospitalier public ou privé. Un demi-siècle aura donc suffi pour que la quasi-totalité des femmes accouchent en institutions médicalisées, avec pour origine une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant[26].

En effet, aujourd'hui l'obstétrique consiste en une gestion permanente des risques potentiels, à l'origine de cette prise en charge de plus en plus technique. Pour M.-R. Bernard[21], mettre au monde un enfant est de moins en moins considéré comme un processus physiologique mais plutôt comme une situation potentiellement pathologique qui justifie à la fois une prise en charge systématique en milieu médicalisé[26], et une « technologie devenant envahissante » autour de la grossesse et de l'accouchement[21]. La volonté des autorités d'améliorer la morbidité et la mortalité périnatale en France a entraîné des lois et des décrets[61][62] à l'origine de l'organisation actuelle de la prise en charge de la grossesse et de la naissance : suivi médical rapproché, classement des établissements selon des niveaux de prise en charge, maillage du territoire en réseaux périnatalité. La médicalisation de l'accouchement eutocique se généralise donc[21], elle redéfinit la maternité, et les parturientes « se voient imposer une expérience standardisée de l'enfantement »[9], commune à la physiologie et à la pathologie. Les techniques sont en fait devenues les nouveaux rites sociaux de la naissance, rites de précaution et de protection.

Mais toute cette technicité a donné l'illusion que tout nouveau-né ne pouvait qu'être parfait à la naissance et que toute complication maternelle ou périnatale ne pouvait être imputée qu'à l'erreur médicale, la présence des techniques rassurant les patientes dans cet objectif d'enfant en bonne santé[9] ; d'où la recrudescence dès les années 1980 des poursuites médico-légales particulièrement fréquentes à charge des gynécologues obstétriciens. Ceci a entraîné des réactions de prudence et de défense de la part des médecins : cette volonté d'amélioration de nos prises en charge et de prise en compte permanente du risque potentiel a indirectement entrainé la médicalisation actuelle de la naissance avec notamment des taux d'interventions obstétricales, comme les déclenchements, les césariennes, ou les extractions instrumentales qui sont en augmentation. Nous allons voir que l'analgésie péridurale est le fait essentiel de cette médicalisation.

2.2. L'analgésie péridurale face à la douleur du travail

2.2.1. La péridurale en salle de naissance

L'analgésie péridurale est en effet une des interventions médicales les plus couramment employées en salle de naissance.

L'analgésie péridurale est une anesthésie locorégionale. Le médecin anesthésiste injecte dans l'espace péridural, qui veut dire « périphérique à la dure-mère », un anesthésique local associé à un morphinique, qui vont insensibiliser les fibres nerveuses innervant l'utérus. Un cathéter laissé en place dans cet espace permettra des réinjections ou une injection continue.

C'est actuellement l'analgésie obstétricale existante la plus efficace. Créant au début de son utilisation des « blocs moteurs » par des surdosages, elle est actuellement administrée de façon adaptée, en supprimant la douleur mais pas les sensations, d'où le terme analgésie et non anesthésie. Comme toute administration de produit analgésiant, la pose d'une analgésie péridurale est soumise à une stricte surveillance médicale, qui fait partie du champ de compétences des sages-femmes. Selon la circulaire DGS/SDO/OA n°38 du 29 Juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes[48], la surveillance par la sage-femme d'une parturiente bénéficiant d'une anesthésie sous péridurale est « soigneuse et permanente, tout symptôme anormal nécessite la présence du médecin anesthésiste ». Plus loin, il est dit que la participation de la sage-femme à la technique de l'analgésie péridurale suppose sa disponibilité et sa compétence. Le terme disponibilité est précisé : la sage-femme ne peut être contrainte d'accomplir d'autres soins lorsqu'elle a en charge la surveillance d'un accouchement sous péridurale : « toute sage-femme qui s'estime ne pas être en mesure de pratiquer cette technique dans les meilleures conditions de technicité et de sécurité est légitimement en droit de refuser la prise en charge d'un tel acte ».

Cette circulaire n'est jamais parue au Journal officiel et ne reste donc qu'une recommandation. Elle n'a subi aucune modification depuis sa parution, et les dispositions qui en sont issues sont toujours applicables. Cette circulaire nous pose donc question puisque nous avons constaté qu'il est d'usage courant pour une même sage-femme en salle de naissance de surveiller plusieurs femmes en travail sous péridurale en même temps. Paradoxalement, cette méthode analgésique semble ainsi être plus source d'un gain de temps que d'une charge de travail supplémentaire.

Dès la fin des années 70, la distinction par les Caisses d'Assurances Maladie entre péridurale d'indication médicale prise en charge et péridurale dite de confort non remboursée était devenue obsolète, et toute péridurale était prise en charge par la Sécurité Sociale. C'est en 1994 que Simone Veil, alors ministre de la Santé, affirme que

chaque femme doit avoir accès à la péridurale et officialise le remboursement à 100% de la péridurale par la Sécurité Sociale. Cela correspond à l'application d'une des priorités du plan gouvernemental sur la périnatalité présenté en Avril 1994 qui était de « lutter contre la douleur au cours de l'accouchement »[43]. Mais le taux de péridurale était déjà en 1995 de 47%[53] ou 49% selon les sources[26]. La progression du taux d'analgésies péridurales a été rapide, passant de 3,9% en 1981 à 74,9% en 2003. Ce taux est largement supérieur à celui d'autres pays européens : 28% en Angleterre en 2006 ou 42% en Finlande en 2005[23], puisqu'en France, la péridurale s'inscrit dans la panoplie des techniques dont dispose l'obstétrique pour faire face au risque[26]. Cela suppose une présence de plus en plus constante des médecins anesthésistes en salle de naissance, à l'origine d'une deuxième tutelle médicale pour les sages-femmes[1].

A partir de l'enquête nationale périnatale, Le Ray et al. ont montré les motifs pour lesquels les femmes pouvaient accoucher sans péridurale[23]. Nous notons surtout que 43.9% des accouchements sans analgésie s'expliquaient par un accouchement trop rapide, 10% pour des raisons non documentées et 37.2% par choix. Ces chiffres ont été confirmés à Rouen grâce à F. Cornillot[50] : 51% de son panel n'a pas bénéficié de la péridurale parce que l'accouchement a été trop rapide, 22% par choix et 16% par contre-indication médicale.

2.2.2. Alternatives

Même si, comme nous l'avons vu, l'utilisation de la péridurale prédomine en salle de travail[53], il existe d'autres méthodes analgésiques[7].

Parmi les autres méthodes médicamenteuses, citons celles par inhalation avec le protoxyde d'azote notamment[67]. D'autre part, il existe une grande gamme de morphiniques administrables par voie parentérale, couramment utilisés eux aussi, dont la nalbuphine (Nubain®). Enfin, les blocs nerveux périphériques, paracervical ou pudendal (nerf honteux interne) sont bien moins pratiqués.

Parmi les méthodes non médicamenteuses, la préparation à la naissance et à la parentalité, autrefois nommée Accouchement Sans Douleur (ASD), est plutôt considérée comme un adjuvant à la prise en charge de la douleur. Apparue dans les années 1950 grâce au Dr Lamaze, l'ASD fut la première contestation de l'utilité des douleurs de l'accouchement. Pour la première fois, on concède que la souffrance n'est

pas inhérente à la nature[9]. Mais même si cet apprentissage du processus physiologique de l'accouchement améliore considérablement le confort des mères, cette méthode se révéla largement insuffisante au niveau de l'indolorisation.

Sont par ailleurs utilisées l'hypnose ou bien l'acupuncture. Enfin, nous citerons le biofeedback, qui dévie l'attention de la douleur, ou encore la stimulation nerveuse électrique transcutanée.

Mais, parmi toutes ces méthodes, seule l'anesthésie péridurale permet, y compris en cas de césarienne, de sauvegarder la participation active et consciente de la femme à son accouchement, selon R. Desprats[29]. De plus, selon Peter, elle doit être largement préconisée puisqu'elle évite aux patientes les risques d'une anesthésie générale. La péridurale devient donc une sorte de prérequis de l'accouchement normal, comme la pose d'une perfusion ou l'installation du monitoring[26]. Aujourd'hui plébiscitée par une grande majorité de femmes mais aussi par les professionnels, cette technique a des conséquences, qui parfois créent des interrogations pour ces deux populations.

2.2.3. La parturiente et la péridurale

Du côté des patientes, la péridurale reste tout d'abord un choix. La rhétorique du « choix éclairé » a été pensée comme un signe d'autonomie. Cependant, le fait de choisir ne permet pas nécessairement d'éviter des jeux de pouvoir, car le contexte dans lequel s'exerce le choix est important. En effet, les choix jugés « normaux » sont souvent ceux qui sont en accord avec l'usage courant et qui satisfont le système. Ainsi en salle de naissance, le choix courant, qui se présente en premier, est celui de la péridurale, à moins qu'on ne lui résiste, et les femmes doivent parfois résister activement. Ainsi, certaines sages-femmes jugent qu'actuellement « dans la journée, pour y échapper, il faut vraiment en vouloir »[26] ; alors qu'au contraire, à ses débuts, il fallait « s'accrocher » pour l'obtenir. Une enquête de 1999 montre que plus de 25% des patientes ont reçu une péridurale alors qu'elles ne la désiraient pas au départ. Mais a posteriori elles se réapproprient le choix, envisagé alors comme un acte médical nécessaire, puisque proposé par l'équipe soignante. C'est ainsi que ces mêmes patientes se déclarent tout de même satisfaites de leur prise en charge[9].

Pour une grande majorité de femmes, la douleur de l'accouchement pouvant être traitée, elles n'imaginent pas ne pas avoir recours à la péridurale. Elles envisagent ainsi

la douleur de façon indépendante de l'accouchement, elle n'est plus liée « culturellement » au phénomène de la parturition. Mais il faut remarquer que les femmes peuvent exprimer de la souffrance sous analgésie, qui pourrait s'expliquer par une mise en place de stratégies cognitives pour sauvegarder les représentations et croyances fondamentales. La péridurale serait alors socialement acceptable si la douleur reste présente au moins sous une forme symbolique.

Très peu de femmes arrivent donc à la maternité avec l'intention de ne pas demander la péridurale. Les raisons sont multiples. Il peut s'agir de « la peur de la piqûre » comme de croyances liées aux effets iatrogènes de la péridurale (paralysie, dorsalgies). Mais il y a surtout le poids des traditions et des pressions familiales. De plus, il existe des interdits religieux et culturels. Mais au final, on constate un décalage entre les déclarations d'intention et le nombre de péridurale réalisées, notamment sous le poids des contraintes organisationnelles mais aussi face à la difficulté pour les femmes d'affronter la réalité de la douleur, quand elles peuvent avoir accès facilement à une technique efficace.

Pour les patientes, le principal avantage de la péridurale réside dans le gain de confort qu'elle leur offre. En effet, outre la suppression de la douleur, ce mode d'analgésie permet de sauvegarder leur participation active et consciente durant tout le processus d'accouchement, ce qui améliore les conditions d'accueil et le lien mère-enfant. Ainsi, selon les obstétriciens, la péridurale a favorisé l'humanisation de la naissance. Mais le courant de l'humanisation, lui, dénonce l'analgésie comme technique supplémentaire de soumission de la parturiente, ne la laissant que spectatrice de son propre accouchement.

En effet, les patientes sont maintenant habituées à cette omniprésence technologique et sont même socialisées à la supériorité de la technologie sur la nature. Ainsi, s'il y a quelques décennies, les patientes étaient très intéressées par la préparation à l'accouchement sans douleur, l'apparition de la péridurale a changé la donne et l'on observe chez les femmes une attitude de consommatrices, qui se désengagent de leur accouchement et s'en remettent complètement à l'équipe médicale[41]. M.-R. Bernard parle elle aussi de l'attitude passive et consumériste des femmes. Pour elle, l'expression « prendre en charge » indique bien la dépossession réalisée à l'encontre de la patiente[21] : « Dépossédée du processus d'accouchement qu'elle ne ressent plus, elle

est aussi privée de la parole, elle ne peut plus dire, exprimer ses peurs, ses angoisses, ses craintes. Elle n'a plus à se plaindre puisqu'elle n'a plus mal. » La péridurale est alors considérée comme une technique supplémentaire de soumission de la parturiente, qui n'est plus que spectatrice de son accouchement. Selon M.-R. Bernard, « l'acharnement des soignants à vouloir faire taire les femmes semble aller bien au-delà du prétexte de les libérer de la douleur […]. Réduire les femmes qui accouchent au silence pourrait bien s'inscrire dans une volonté de retour à une certaine forme de domination. ». Pour elle, la péridurale démontre un besoin de maîtrise de l'être humain : «les femmes ne donnent plus la vie, elle leur est arrachée en les privant d'un peu de leur humanitude». Selon C. Lemay, les rituels médicaux occultent ainsi « l'effet menaçant de l'accouchement naturel comme essentiellement féminin, puissant et créateur »[35].

Illich explique cette généralisation de la péridurale, qui serait à l'origine du désengagement des patientes[21] : puisque dans notre civilisation, la douleur est devenue un problème technique contrôlable, la société devient « responsable envers l'individu qu'elle doit soulager », l'individu perd la responsabilité de son comportement face à la souffrance et du sens qu'il aurait pu donner à celle-ci. Il suppose même qu'une société qui accorde tant de valeur à l'anesthésie étouffe le questionnement inévitablement suscité par la douleur. Même si les patientes ne s'interrogent pas sur ce point, la douleur est néanmoins sujet de controverse entre les professionnels. La majorité d'entre eux est en faveur de l'analgésie : pour eux, la douleur est inutile, puisqu'elle n'a pas fonction d'alerte. De plus, elle peut être source de pathologies comme une hypertension artérielle. Enfin, la lutte contre la douleur est aujourd'hui un acte médical. D'autres professionnels ne jugent au contraire pas la douleur inutile ; selon eux, elle est importante au niveau physiologique comme au niveau psychologique, puisque la douleur serait liée aux difficultés psychiques liées à l'accouchement, vues précédemment. La douleur, en étant réduite à son expression corporelle, aurait alors perdu son sens, puisqu'elle n'a plus de versant intellectuel. L'absence de douleur pourrait ainsi empêcher ces remaniements psychiques et être à l'origine chez certaines femmes du sentiment de ne pas mériter leur bébé car elles n'ont pas souffert pour lui. Enfin, ces professionnels reprochent à la péridurale la prise en charge qui en découle, jugée source de médicalisation « à outrance ».

Autre caractéristique de cette analgésie pour les patientes : celle-ci ne semble pas permettre une approche singulière de chacune, au contraire, elle standardiserait les

pratiques autour de la naissance sans reconnaître les différences. Elle tend même à imposer une pensée unique : « refuser la péridurale paraît une hérésie »[21].

Enfin, la péridurale a grandement modifié la relation entre femme et sage-femme pendant le travail. La « sérénité » obtenue grâce à celle-ci serait l'occasion d'une meilleure relation et d'une meilleure collaboration entre les deux protagonistes : le rapport serait plus égalitaire, en comparaison du passé où les femmes étaient infantilisées par la douleur, où «il fallait les consoler, les cajoler, leur tenir la main»[26]. Les jeunes sages-femmes, habituées à l'omniprésence de la péridurale, apprécient cette relation où un vrai échange est possible, contrairement aux patientes sans analgésie qui perdent davantage contact avec la réalité, auprès desquelles elles ont le sentiment de n'être qu'une aide à la respiration. Pour elles, c'est justement la péridurale qui offre l'occasion d'un travail d'introspection avec la patiente.

Nous pouvons nous demander si la péridurale a changé d'autres éléments pour les professionnels.

2.2.4. Les professionnels et la péridurale

Nous allons voir que cette innovation technique a profondément bouleversé les pratiques professionnelles[26].

D'après l'article R.4127-318 du code de la Santé Publique, relatif aux compétences générales des sages-femmes[49], celles-ci peuvent effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Si pour cela, les sages-femmes disent répondre à une demande des femmes, elles avouent aussi qu'il leur arrive d'orienter elles-mêmes, pour des raisons d'ordre organisationnel ou sécuritaire, le choix des femmes vers l'analgésie[9]. La plupart, d'ailleurs, confirment que l'anesthésie péridurale fait partie du processus « normal » de l'accouchement : «quand le col est bon, on appelle l'anesthésiste pour poser la péridurale, on pense pas trop à poser la question si la femme veut ou pas. On leur dit : « Madame, on vous pose la péridurale ». »

Les conditions de travail propres à la structure jouent sur le recours ou non aux différentes stratégies d'organisation et de gestion du temps comme la péridurale ou encore le déclenchement du travail. Ainsi, ce sont les petites structures, pourtant choisies a priori par les femmes pour leur approche plus naturelle de la maternité, qui

détournent le plus ces techniques, puisque leur accès y est moins permanent. Par exemple, on pourra y déclencher le travail plus souvent pour éviter aux femmes d'accoucher la nuit quand une péridurale est moins accessible. Utilisée respectivement à 75% dans les structures de niveau 2 et 3 et à 60 % dans la structure de niveau 1 étudiées par D. Carricaburu[26], la péridurale a constitué une « révolution » pour les femmes, mais également un grand confort pour les professionnels. En effet, nous allons voir que les femmes sous péridurale ont moins besoin d'être accompagnées et sollicitent donc moins la présence de la sage-femme[9]. De plus, cette analgésie permet de réguler plus efficacement le travail puisque les professionnels peuvent diriger et ainsi accélérer le travail avec une perfusion d'ocytocine quand les femmes sont soulagées. On peut donc dire que l'analgésie péridurale fait partie de ces techniques de médicalisation de l'accouchement qui peuvent être détournées pour gérer l'incertitude temporelle de l'accouchement et améliorer le confort des professionnels[26].

Celui-ci passe aussi par le silence qui règne aujourd'hui en salle de naissance[63], grâce à l'absence de cris permise par cette analgésie. En effet, de nos jours, une manifestation bruyante de l'enfantement devient intolérable et le calme devient une exigence de qualité du travail, celui des sages-femmes et celui des femmes[26]. Ainsi, les professionnels ont la possibilité d'être plus concentrés sur les aspects techniques de l'accouchement, et de mieux contrôler leur stress comme celui de la parturiente. De plus, les patientes sous péridurale sont plus faciles à surveiller «puisque scotchées à leur table d'accouchement». La péridurale n'est plus seulement un élément de confort pour la femme, elle devient une condition quasi nécessaire à l'exercice optimum de l'activité obstétricale.

B. Poitel affirme que l'analgésie péridurale permet aussi de réorganiser le travail du personnel parce que la femme n'a plus besoin d'accompagnement, mais « seulement » d'une surveillance technique[63]. Cela convient aux sages-femmes les plus jeunes, en répondant à leur fort attrait pour les technologies et crée une proximité avec les médecins qui les éloigne de l'image traditionnelle de la matrone. Dès 1996, F.-X. Schweyer envisageait que l'implantation de cette innovation aurait pour effet d'amenuiser la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur traditionnellement dévolue aux sages-femmes[43]. Mais la péridurale s'est ainsi substituée aux méthodes développées dans le passé par les sages-femmes, comme le yoga, l'haptonomie ou la sophrologie.

Pour les jeunes sages-femmes, « qui n'ont connu que la péridurale », celle-ci est ainsi devenue une norme de pratique et ce sont elles qui en attendent le plus : «Quand il y a des accouchements sans péridurale, ma génération, on est toutes pareilles, c'est l'angoisse pour nous, plus que pour la femme. On se dit, comment je vais gérer ça ?»[9]. Selon l'enquête de S. Brément menée en 2005[25], la douleur du travail était supportée avec l'aide de la sage-femme dans 42% des accouchements, et 8% des femmes ayant eu recours à l'analgésie péridurale estimaient que l'accompagnement de la sage-femme était insuffisant. L'étude de F. Cornillot en 1998[50] révélait que les patientes non satisfaites de la prise en charge de leur douleur se sentaient aussi moins bien accompagnées et étaient plus souvent seules. David Le Breton[12] a montré que la lutte médicamenteuse contre la douleur a eu pour effet pervers de diminuer fortement le temps que les soignants passent auprès des patients, alors qu'il y a souvent, comme nous l'avons vu, une souffrance psychique dans l'expression de la douleur, qui demande écoute et disponibilité. De la même façon, pour M.-R. Bernard, l'analgésie péridurale, qui permet une bonne maîtrise de la douleur, ne fait en aucun cas disparaître les angoisses et les peurs que ressentent les femmes et qu'elles ne peuvent plus exprimer au travers de leur corps insensibilisé[21]. Nous pouvons donc supposer que la péridurale ne devrait normalement pas réduire notre présence ni modifier notre accompagnement des parturientes.

Mais dans les faits, la relation serait placée à un niveau secondaire par la technicité de la surveillance d'un accouchement sous analgésie. L'éradication de la douleur aurait donc pour effet d'éloigner la sage-femme de la patiente. Dans ce contexte, on peut se demander si la péridurale pourrait mettre en danger une part de l'exercice professionnel de la sage-femme, qui repose sur la notion d'accompagnement.

3. Accompagnement de la parturiente

Selon le dictionnaire Hachette[6], accompagner a différents sens. Nous retiendrons ceux selon lesquels il s'agit d' «aller quelque part avec quelqu'un», ou d' «aider (un mourant) à surmonter ses douleurs et ses angoisses». En effet, l'accompagnement dans le domaine de l'obstétrique consiste à « aller » avec la femme jusqu'à l'accouchement, et à mener celui-ci à bien.

Il n'est pas possible de décrire une manière universelle d'accompagner les parturientes, chaque patiente est unique, les besoins de chacune sont donc très différents, d'autant plus au moment de l'enfantement. L'important pendant le travail est que la femme ne soit pas seule pour affronter ce jour unique, d'autant plus que pour elle, l'expérience de la douleur est liée à la confiance que lui font les autres, aux encouragements reçus, et à sa sécurisation. Nous allons voir en quoi consiste l'accompagnement pour les couples et pour les professionnels.

3.1. Du côté des couples

L'accouchement est un évènement important dans la vie d'un couple. La naissance de l'enfant est également celle des parents[31], père et mère se sentent concernés à part égale par l'accouchement. En 2003 en France, trois pères sur quatre étaient présents à la naissance de leur enfant[39]. Leur présence est un phénomène de société récent, puisqu'ils n'ont été admis qu'au fur et à mesure de la masculinisation des salles de naissance, avec l'entrée des obstétriciens mais surtout des anesthésistes et de la péridurale, soit depuis les années 1970. Leur principale motivation est le fait d'assister à la naissance de leur enfant, vient ensuite le fait d'être présent pour accompagner la future mère, pour la soutenir et qu'elle ne soit pas seule.

Il est essentiel pour la mère d'être accompagnée par une personne familière et de confiance, et la seule présence du père équivaut à un soutien, essentiel pour le bien-être de la mère mais aussi pour l'accès à la parentalité. Selon l'étude de Kopff-Landas[31], l'aide du futur père passe par le fait d'apaiser sa conjointe pendant le travail, et par celui de la soutenir physiquement lors de l'expulsion. Ce soutien, quel qu'il soit, est particulièrement important, car lorsqu'il est continu et qu'il répond aux attentes de la

parturiente, il a des effets positifs sur la douleur et le stress, il facilite le processus de maternité et conduit à une meilleure estime de soi ainsi qu'à une diminution de l'anxiété et de la dépression. Concrètement, lors de la naissance, le père a la possibilité d'intervenir à des degrés différents. Par exemple, il peut masser le dos de sa conjointe ou l'aider à respirer, apportant un soutien pratique ou comportemental ; il peut aussi avoir de l'empathie et des marques d'affection à son égard et faire ainsi preuve d'un soutien psychologique et émotionnel.

Si la présence du père à l'accouchement contribue à diminuer le temps de travail et la douleur de la femme, elle peut aussi parfois rendre la naissance plus difficile, dans la mesure où le père peut transmettre sa peur. En effet, la place du père n'est ni évidente ni facile : il est impuissant, souvent il se tait. Certains sont mal à l'aise, d'autres se placent en position féminine. Un sentiment d'inutilité est courant. De plus, sans ressentir les douleurs de l'accouchement, les pères peuvent souffrir de voir leur compagne ressentir de la douleur.

Pour les professionnels de la naissance, il est donc important de ne pas prendre en compte seulement les aspects techniques de l'accouchement, mais de se pencher sur l'expérience unique que vivent les couples à ce moment intense de leur vie[39]. En résumé, il est important de prendre en considération la femme, l'homme et le couple comme trois entités singulières et distinctes.

3.2. **Du côté des professionnels**

Selon F. Teurnier[44], l'accompagnement signifie être à côté, vigilant mais pas envahissant ; il s'agit de guider mais pas d'imposer : « la naissance n'a pas besoin d'être contrôlée mais accompagnée et accomplie ». Accoucher une femme étant l'aider à accoucher de son enfant, on mesure toute l'humilité de la fonction[24]. La sage-femme et la parturiente doivent pouvoir compter l'une sur l'autre, ayant en commun un accouchement à mener à bien. « Etre un accoucheur, c'est juste permettre au projet d'un autre d'aboutir. »

Tout d'abord, la sage-femme doit être attentive quant à l'accueil de la patiente, puisque, comme nous l'avons vu, la peur du milieu inconnu qu'est l'hôpital est une source de stress fréquente. Il est donc important d'éviter cette angoisse, d'autant que si

la femme n'est pas en travail et rentre chez elle après sa consultation, ce sera pour elle un stress de moins quand elle reviendra.

Pour les professionnels, accompagner une parturiente doit consister à être présent auprès d'elle, à être disponible. Mais il ne faut pas s'imposer : la mère qui enfante spontanément de façon harmonieuse est dans une bulle psychosomatique dont elle seule doit pouvoir faire le choix d'en sortir ou non que ce soit pour demander de l'aide (à l'accoucheur, au père) ou simplement pour un échange[20]. La sage-femme répond aux sollicitations de sa patiente mais sans lui obéir, elle peut se laisser conduire mais ne doit pas être malléable. Un soutien moral et une présence attentive de l'équipe de professionnels – sages-femmes, aides-soignantes, mais aussi étudiantes sages-femmes qui sont « très utiles » pour leur disponibilité – permettent à l'accouchement de mieux se passer, et l'on observe moins de césariennes ou d'interventions obstétricales[41]. De plus, une amélioration du confort maternel conduit à la réduction de l'emploi de l'analgésie et des antalgiques pendant le travail[25].

Quand il n'y a pas d'analgésie, les sages-femmes ont un rôle d'accompagnement extrêmement important : elles aident les femmes à respirer, leur font des massages, les encouragent, les félicitent, etc. Accompagner un accouchement sans analgésie est un aspect physique du travail de sage-femme, qui parfois doit être dans une relation de « corps à corps » avec la femme qui accouche. Du fait de la suppression de la douleur, la péridurale entraîne chez les sages-femmes des modifications quant à leurs attitudes physiques et affectives à l'égard des femmes puisque ces contacts physiques ne se justifient plus dans la mesure où la femme ne souffre pas. Comme nous l'avons vu, certaines sages-femmes se sentent ainsi dépossédées de leur rôle et se désintéressent parfois des femmes qui accouchent sous péridurale[1], en passant moins de temps avec elles. Ces sages-femmes revendiquent le temps de l'accouchement qu'elles accompagnaient de bout en bout, ce qui était pour elles de l'activité la plus caractéristique de leur profession[26]. Mais selon L. Marpeau, nous devons regretter que les « professionnels de la naissance » aient laissé s'installer l'idée que « sécurité et technicité » ne pouvait plus s'accorder avec « humanité »[37].

3.3. **Perspectives**

Pour la plupart des sages-femmes, l'accentuation de leur rôle technique est considérée comme valorisante, et elles cherchent à se démarquer des origines de leur profession, notamment de l'image de la matrone[1]. La technique est alors non seulement jugée compatible avec l'exercice des accouchements normaux, mais elle est aussi revendiquée comme un moyen indispensable pour reculer le passage à la pathologie qui marque la fin de la compétence de la sage-femme. Les sages-femmes plus expérimentées mettent toutefois en garde les plus jeunes, qui devraient faire attention à garder la spécificité de leur métier, la proximité avec les patientes, malgré la technique, « et ne pas jouer au petit médecin ». C'est aussi ce que veut dire Y. Knibiehler, pour qui la démarcation entre physiologie et pathologie n'est pas la seule distinction à faire entre sage-femme et obstétricien[10] :

> *La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement a pu faire dire que notre métier n'a plus rien à voir avec ce qu'il était il y a quelques décennies. Le métier sans doute n'a plus rien à voir, mais ce qui perdure depuis des siècles et même depuis l'origine de l'humanité, c'est la fonction de la sage-femme. La profession est faite de deux facettes : le métier et la fonction. Le métier relève du faire, du savoir-faire avec des moyens adéquats. La fonction relève de l'être. C'est un engagement fait de conviction et de résistance : la conviction que c'est possible, la résistance contre tout ce qui pourrait l'empêcher. C'est parce que la médicalisation a propulsé l'obstétricien dans le faire que l'être engagée de la sage-femme est devenu absolument essentiel.*

Mais on peut se demander si les sages-femmes investissent toujours ce savoir-être et leur rôle d'accompagnement, ou si elles peuvent toujours le faire. En effet, on observe actuellement l'apparition et la progression d'une nouvelle activité : les doulas qui n'ont pas de définition réglementaire et les accompagnatrices s'octroient le champ de l'accompagnement pendant la grossesse et le travail[55]. De nouvelles professions naissent quand apparaissent de nouveaux besoins. Or, l'accompagnement relève de la compétence des sages-femmes. On peut donc se demander si, du point de vue des patientes, cette compétence pourrait faire défaut.

Enquête

1. Méthodologie

1.1. Problématique et hypothèses

Face à la généralisation actuelle de l'analgésie péridurale, nous avons été confrontés à des difficultés dans l'accompagnement des parturientes qui n'en bénéficiaient pas. Cela a été source de réflexions : pourquoi le mode d'analgésie devrait-il changer notre façon d'être avec les patientes ? En effet, ce sont dans tous les cas des femmes, des couples en train de mettre au monde un enfant, passage qui peut être source de bien des remaniements psychologique. Nous nous sommes donc demandés en quoi l'analgésie péridurale pouvait modifier l'accompagnement des parturientes par la sage-femme. Nous avons aussi voulu chercher les causes des différences constatées en salle de naissance, mais ces différences n'étant pas définies dans la littérature, notre étude a donc eu pour objectif premier de les mettre en évidence.

Nos hypothèses sont donc de différents ordres :

- La pose d'une analgésie péridurale implique des modifications dans la prise en charge des parturientes par les professionnels, tant qualitativement que quantitativement.
- Les parturientes ont des besoins d'accompagnement différents selon si elles en bénéficient ou non.
- Si les patientes soulagées par la péridurale nécessitent un accompagnement moindre, peut-on dire que cette analgésie est synonyme de gain de temps pour les professionnels ? Ou bien, leur accompagnement est-il moindre faute de temps disponible ?

Pour confirmer ces hypothèses, nous avons choisi d'interroger nos futurs collègues par le biais d'un questionnaire. En effet, des entretiens auraient été judicieux pour comprendre les causes des constatations que nous avons pu faire, mais notre objectif premier étant de décrire les pratiques, un questionnaire était alors plus approprié.

1.2. La population étudiée

Notre étude a reposé sur une enquête prospective, descriptive et multicentrique auprès de sages-femmes exerçant en établissement hospitalier, en Haute et Basse-Normandie.

Ont été interrogées les sages-femmes de tous les services, sans tenir compte du temps depuis lequel elles avaient exercé en salle de naissance, puisque nous voulions recueillir autant de témoignages et d'expériences que possible.

Les questionnaires ont été distribués du 22 Septembre 2010 au 05 Janvier 2011, selon des méthodes prospectives différentes selon les établissements, en fonction des volontés des cadres et de l'éloignement de chaque établissement. Ainsi, les questionnaires ont été mis à disposition dans les services de tous les établissements à l'exception de la clinique Mathilde où la distribution s'est faite par enveloppes nominatives et du CH de Gisors, où nous avons effectué une distribution individuelle.

Au total, les questionnaires proviennent de 9 établissements :

Maternités	Potentiel de nombre de réponses	Nombre de réponses obtenu	Taux d'APD	Centralisation des monitorings	Mise à disposition de protoxyde d'azote en SDN
CHU Charles Nicolle	70	29	72,49%	Oui	Oui
CH du Belvédère	75	22	79,8%	Non	Non
Clinique Mathilde	38	21	80,3%	Non	Non
CH d'Elbeuf	30	17	75%	Non	Oui
CH de Lisieux	20	11	56%	Oui	Oui
Polyclinique du Parc – Caen	12	12	86,7%	Oui	Oui
CH de Dieppe	15	5	80%*	Oui	Oui
CH de Gisors	9	9	73,24%	Non	Oui
CH de Bernay	8	4	*40%**	Non	Oui
TOTAL		130			

En italique, les établissements privés *approximations

Il faut préciser que l'enquête aurait dû avoir lieu dans 10 établissements, ce qui aurait pu permettre d'atteindre le nombre souhaité, à savoir 150 ; mais un établissement n'a malheureusement jamais reçu ses questionnaires. Nous en avons obtenu 130 au total, ce qui est inférieur à l'objectif, mais ce taux de retour nous semble tout de même satisfaisant compte-tenu des difficultés rencontrées, de la durée réduite de l'étude et de la concurrence d'autres questionnaires proposés au cours de la même période. Sur le terrain, les sages-femmes ont semblé intéressées par le sujet de notre enquête, mais ont trouvé le questionnaire difficile à remplir, ce qui explique les questionnaires jugés inexploitables car insuffisamment remplis.

En effet, parmi les 130 questionnaires obtenus, 3 ont été exclus car insuffisamment complétés pour pouvoir être exploités. Pour 2 autres questionnaires, n'ont été remplies que les deux premières parties que nous avons donc choisi d'exploiter. Ils ont ensuite été eux aussi exclus. Au total, notre étude a porté sur l'analyse de 125 questionnaires complets et 2 partiels.

La majorité des questionnaires interprétables (67.7%) provient d'établissements de niveau II, car six des neuf établissements sollicités en faisaient partie. N'ayant pas sollicité la totalité des maternités de la région, nous n'obtenons qu'un échantillon. De plus, celui-ci est hétérogène, avec la participation de deux établissements de Basse-Normandie.

1.3. Le questionnaire

Celui-ci est présenté en annexe.

Une brève introduction a permis de définir le sujet de l'étude, puis de préciser le caractère anonyme de celle-ci. Elle informait aussi les sages-femmes des conditions de renseignement des différentes rubriques et du temps que cela nécessiterait.

1.3.1. Première partie : Vous

Dans cette partie, l'objectif est de mieux définir la population interrogée. Vis-à-vis de notre sujet d'étude, les renseignements qui nous étaient nécessaires étaient :

- l'expérience, calculée à partir de l'année de diplôme des sages-femmes ;
- l'établissement d'exercice ;

- la date de la dernière expérience en salle de naissance, pour savoir si la personne interrogée avait exercé dans les conditions actuelles de la salle de naissance, en ce qui concerne les taux de péridurale notamment.
- Enfin, une estimation de ce taux d'analgésie loco-régionales était demandée.

Le nombre d'années d'expérience a été obtenu en soustrayant l'année de diplôme à l'année en cours, à savoir 2011. C'est pourquoi le minimum obtenu est de 1 an.

La question 3 « Dans quel service ? » n'a pas été exploitée car elle n'était qu'une question de transition. Cependant, 5 sages-femmes y ont répondu « maternité ». Le but étant, avec la question suivante, d'obtenir le dernier exercice en salle de naissance, nous avons jugé cette réponse non exploitable.

1.3.2. Accompagnement

Cette partie avait pour but d'obtenir des renseignements quant aux pratiques générales des sages-femmes : leur façon d'accueillir les patientes, ce qu'est l'accompagnement pour elles, ou bien leur façon de réagir à certaines situations. Quelques questions avaient pour but de savoir si une patiente sans péridurale modifiait la répartition du travail en prenant davantage ou moins de temps, et d'essayer d'établir les raisons de ces différences.

La question leur était aussi posée de savoir si elles pensaient que la péridurale modifiait leur façon d'accompagner. Bien évidemment, la réponse à cette question sera mise en corrélation avec la description de leur accompagnement d'une femme avec péridurale et de celui d'une femme sans.

La question 14 demandait aux sages-femmes de classer des prises en charge choisies dans une certaine situation. Les réponses non classées n'ont donc pas été interprétées. Pour l'analyse de cette question nous avons donc choisi de classer les différentes propositions en trois catégories :

- « Proposer des alternatives » rassemblait « Vous lui proposez des changements de position, une douche, un bain » et « Vous faites participer le conjoint par des massages et pour guider la respiration ».
- « Comprendre » pour « Vous essayez de savoir si une peur particulière inspire son refus ».

- « Orienter vers la péridurale » pour les réponses « Vous proposez de nouveau la péridurale » et « Vous conseillez la péridurale car le travail peut encore être long ».

1.3.3. L'accompagnement d'une parturiente avec péridurale L'accompagnement d'une parturiente sans péridurale

Dans les 3ème et 4ème parties, les mêmes questions ont été posées, de façon à pouvoir confronter les résultats, qui seront donc présentés dans un objectif comparatif.

Elles s'attardaient sur le temps passé avec les patientes, les priorités de prise en charge de chacune, l'influence des gardes de nuit, et le fait de retourner voir les patientes en suites de couches. Nous avons aussi voulu savoir si les sages-femmes jugeaient que la capacité à communiquer de ces patientes était modifiée.

Ainsi, dans les questions 15 et 20, nous avions pour objectif d'obtenir une estimation du temps consacré à chaque patiente, avec et sans péridurale. Pour obtenir des chiffres comparables, nous avons représenté une échelle de temps de 4 heures d'accompagnement, de façon à pouvoir convertir les chiffres en valeur absolue. Ainsi, une heure était représentée par 25% du temps.

Avec les questions 16 et 21, nous voulions savoir si les sages-femmes pensaient que les patientes avec puis sans péridurale avaient les mêmes capacités à communiquer qu'en dehors du travail. Mais nous n'avons pas été suffisamment explicites dans la formulation de la question, car nous n'avons pas précisé le repère par rapport auquel l'aptitude à communiquer pourrait être modifiée, à savoir cette aptitude en dehors du travail.

Comme la question 14, les questions 17 et 22 demandaient aux sages-femmes de classer des prises en charge pour les patientes avec et sans péridurale. Pour leur interprétation, nous avons donc à nouveau classé les différentes propositions en trois groupes :

- Le 1er groupe « améliorer le confort » regroupe les propositions :
    - Améliorer le confort (massages, bain, …)
    - Améliorer la détente (musique)
    - Répondre tant que possible aux sollicitations de la patiente
    - Laisser se reposer tant que possible
    - Proposer des changements de position, ballon, corpomed

- Le second groupe « Echange verbal » rassemble :
    - Discuter du projet d'accouchement
    - Discuter de sujets divers : la famille, la grossesse, l'emploi
    - Expliquer le déroulement du travail, les possibilités de positions pour l'accouchement
    - Profiter des renseignements administratifs à demander pour un échange avec la parturiente
- Enfin la dernière possibilité « alternatives thérapeutiques » est la reformulation de l'unique proposition : « Proposer du protoxyde d'azote (MEOPA, Kalinox) ».

Enfin, pour l'interprétation des questions 19 et 24, les sages-femmes ayant précisé « parfois » à la question sur les visites de leurs patientes en suites de couche ont été comptabilisées dans les réponses « oui » puisque le choix était oui ou non.

1.3.4. Comparaison

Une dernière partie créait une ouverture en demandant aux sages-femmes plus expérimentées si pour elles, la péridurale avait modifié l'accompagnement des couples. A été choisi pour cette question un exercice antérieur à 1995, période à laquelle le taux d'accouchements avec péridurale franchissait les 50%, ceux-ci devenant donc majoritaires. Nous regrettons d'avoir tant fermé cette question, car ces sages-femmes ne formant pas la majorité de notre échantillon, nous n'avons pas obtenu beaucoup d'avis.

Ensuite une question pour les sages-femmes moins expérimentées (diplômées au-delà de 1995) se renseignait de leur aisance avec les patientes sans analgésie. Là encore, cette question aurait pu être posée à toutes les sages-femmes. De plus, nous pouvons dire que les sages-femmes diplômées entre 1995 et 2005 sont déjà expérimentées, 1995 ne semble donc pas être une date optimale. Enfin, nous nous sommes enquis de connaître l'opinion des sages-femmes interrogées quant à l'efficacité des préparations à la naissance pour l'auto-gestion de la douleur des contractions utérines par les parturientes.

1.4. Analyse

L'analyse a été réalisée grâce aux logiciels Excel 2010 et Stata 7.
Les tests du Student et du Khi-2 ont été utilisés, avec p = 0,05.

1.5. Les biais et difficultés

1.5.1. Concernant l'obtention des questionnaires

La rédaction et la validation du questionnaire, bien que tardifs, ont été des processus rapides, durant le mois de Septembre. Nous avons probablement trop hâté cette validation compte-tenu des biais dus à des imprécisions de celui-ci.

Nous sommes à l'origine des difficultés rencontrées dans la distribution des questionnaires. En effet, ceux-ci auraient pu être distribués beaucoup plus tôt, nous avons pris du retard en Octobre et Novembre. Ce retard s'est révélé d'autant plus fâcheux que nos questionnaires se sont ainsi retrouvés distribués en même temps que d'autres questionnaires de la promotion, ce qui a diminué les taux de retours, puisque les sages-femmes rencontrées nous en ont fait part. Mais ce retard a malgré tout été compensé par des visites très régulières dans chaque service de différents établissements, dont l'objectif était de rappeler la présence des questionnaires.

1.5.2. Concernant l'interprétation des questionnaires

L'étape de l'analyse des questionnaires a révélé des biais que nous n'avions pas anticipés lors de la rédaction du questionnaire.

Dès la question 5, qui demandait une estimation du taux de péridurale de l'établissement d'exercice de la sage-femme interrogée, la formulation de la question aurait pu porter à confusion : c'est le taux d'analgésies *locorégionales* qui a été demandé. Cependant, le titre du questionnaire mentionnant l'analgésie péridurale et le sujet étant expliqué dans l'introduction, nous exploiterons cette question.

Ensuite les questions 7 et 8 ont posé des difficultés aux sages-femmes par la restriction à une seule réponse. Ces difficultés nous ont été rapportées par des commentaires annexes dans la marge du questionnaire ou lors de nos passages dans les

services. Sept professionnels ont ainsi donné plusieurs réponses à la question 7 et douze à la question 8. Ceux-ci restant une minorité, nous n'avons donc pas interprété leurs questions. De plus, les propositions de la question 7 étaient catégoriques en proposant de rester avec le couple, de les laisser ou bien de mitiger notre présence. Cela expliquera des résultats unanimes.

La question 10 a aussi été trop fermée. Elle était : « Si vous exercez dans un établissement où plusieurs sages-femmes assurent les gardes en salle de naissance : vous prenez en charge une femme en travail sans péridurale. Cela influence-t-il la répartition des parturientes dans l'équipe ». Le but de cette question était de montrer si une patiente sans péridurale accaparait davantage ou moins les professionnels. Nous regrettons donc d'avoir formulé cette question (n°10) de façon indirecte, car nous avons ainsi perdu les témoignages des sages-femmes exerçant seules, en niveau I notamment (n=13). 4 de ces professionnels ont malgré tout répondu à cette question, nous avons donc conservé et interprété leurs réponses.

Pour les questions 15 et 20, la difficulté a parfois été dans la traduction des réponses en donnée interprétable, puisque certaines sages-femmes n'ont pas représenté leur présence auprès de leur patiente de manière globale. Il a alors fallu additionner les différentes représentations. Une seule réponse a été jugée non interprétable et a dû être exclue.

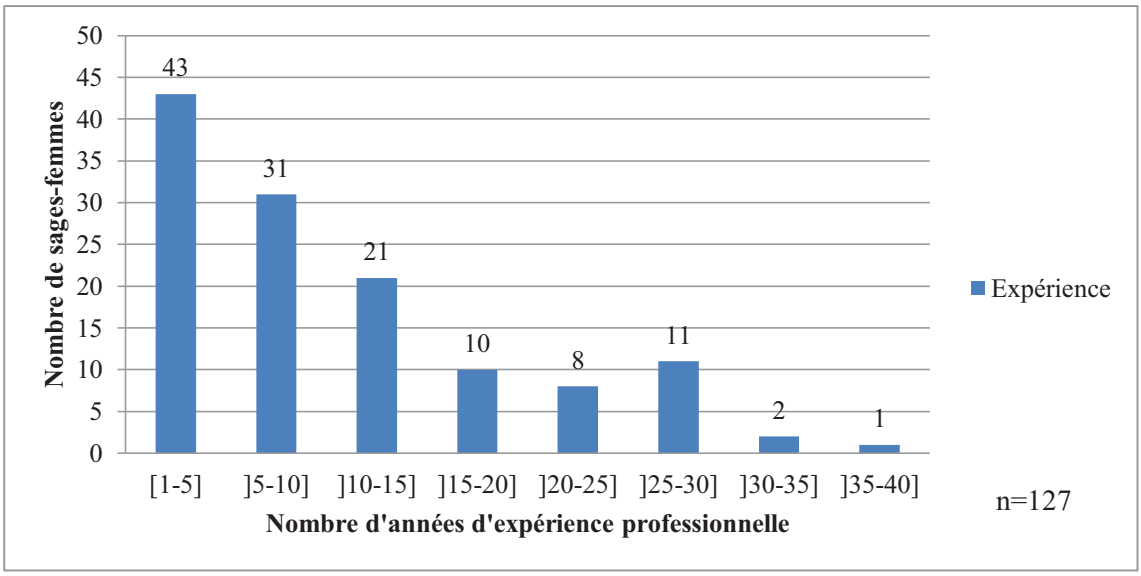
Pour les questions 17 et 22, l'interprétation a dû se faire sur un nombre réduit de questionnaires. En effet, ces questions supposaient que les différents établissements avaient les mêmes moyens de prise en charge à disposition. Or, l'interprétation de ces questions nous a montré que deux établissements ne proposaient pas de protoxyde d'azote. Leurs 41 questionnaires ont donc été écartés de cette partie de l'étude.

2. Résultats

« n » représente le nombre de réponses obtenues à chaque question.

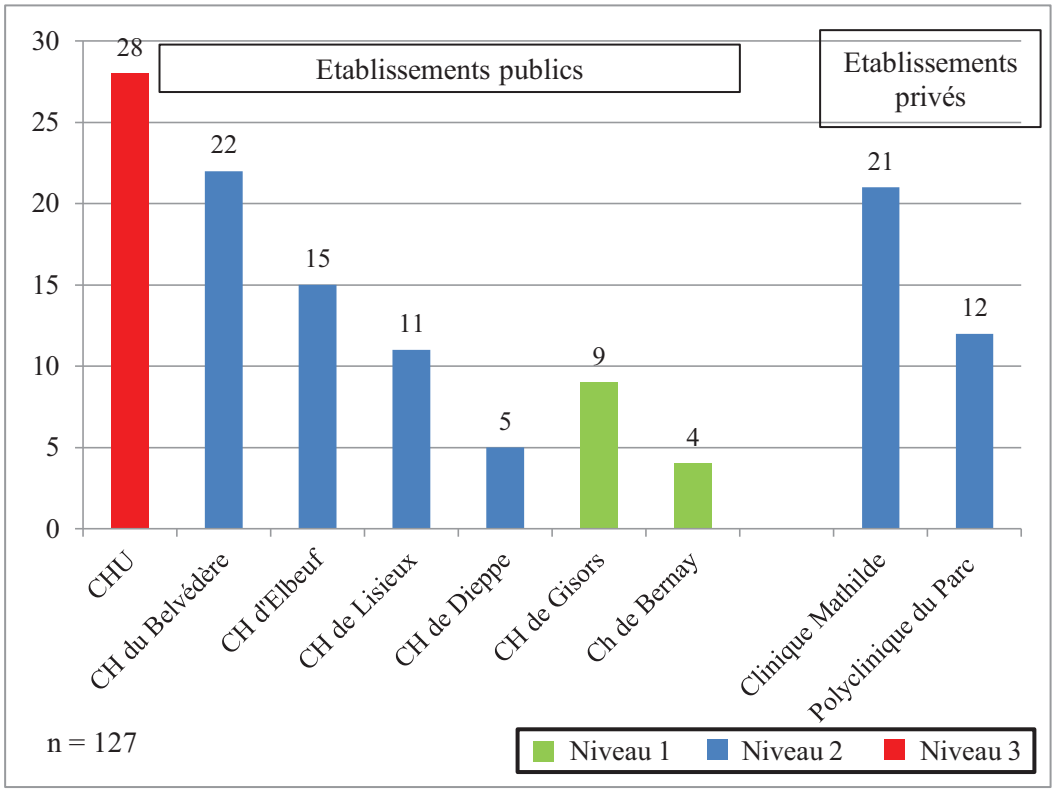
2.1. La population d'étude

Q1. Expérience professionnelle



La majorité des sages-femmes interrogées a entre 1 et 15 ans d'exercice.

Q2. Dans quel établissement exercez-vous ?



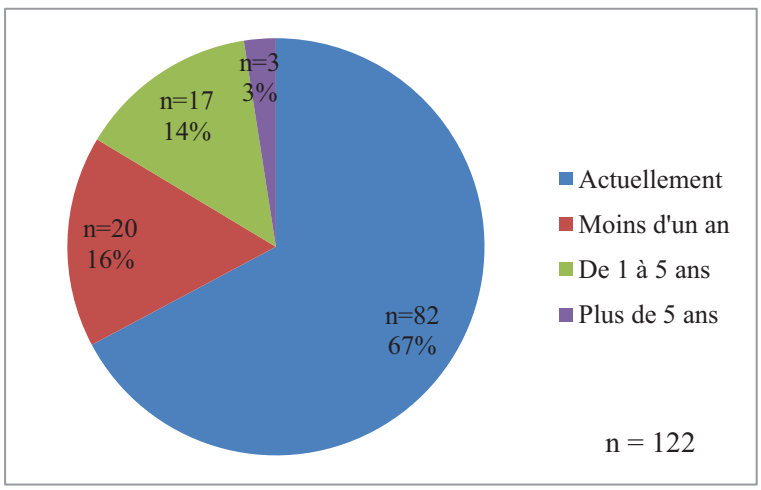
La majorité des sages-femmes interrogées (67,7%) exerce en niveau 2.

De plus, 74% d'entre elles exercent en établissements publics.

Q3. Dans quel service ?

Comme expliqué précédemment, cette question étant une transition, elle n'a pas été exploitée.

Q4. Si vous n'exercez pas, actuellement en salle de naissance, quand y avez-vous exercé pour la dernière fois ?



Nous observons par ailleurs que 83.6 % des sages-femmes interrogées ont exercé en salle de naissance durant l'année écoulée.

Les 3 sages-femmes n'ayant pas effectué de gardes au bloc obstétrical depuis plus de cinq années sont diplômées depuis 24, 35 et 37 ans et exercent respectivement en unité kangourou, ou en consultations prénatales.

Q5. Quel est le taux d'analgésies loco-régionales de votre établissement d'exercice ?

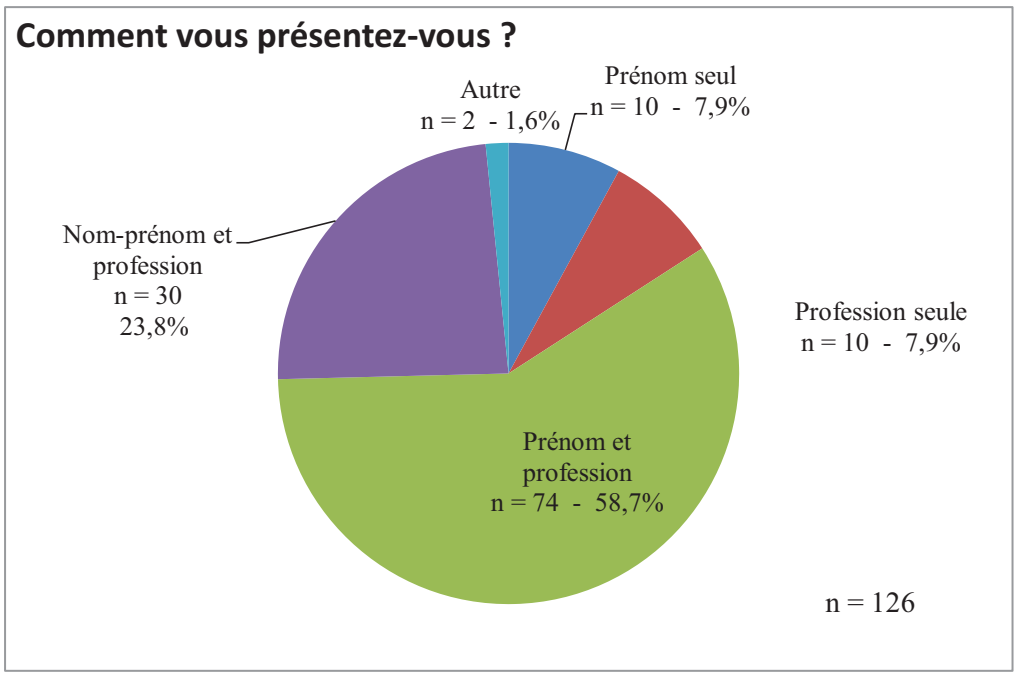
n = 107	n	Réponse moyenne des sages-femmes	Taux réel d'APD (%)	Valeur max	Valeur min	Ecart-type
CHU	**24**	**79,8**	**72,49**	95	60	9,9
Clinique Mathilde	**20**	**80,9**	**80,3**	93	70	7,9
CH du Belvédère	**16**	**78,8**	**79,8**	85	70	4,0
CH d'Elbeuf	**15**	**73,9**	**75**	80	60	5,9
Polyclinique du Parc	**12**	**77,5**	**86,7**	85	60	7,5
CH de Lisieux	**7**	**62,6**	**56**	75	50	7,8
CH de Dieppe	**4**	**76,3**	**80**	80	70	4,8
CH de Gisors	**6**	**67,3**	**73,24**	73	60	6,0
CH de Bernay	**3**	**48,3**	**40**	55	40	7,6

L'écart entre les moyennes des réponses données par les sages-femmes et les taux réels est compris entre 0,6 et 9,2 %.

2.2. Accompagnement

Q6. Vous présentez-vous systématiquement lors du premier contact ? Si oui, comment vous présentez-vous ?

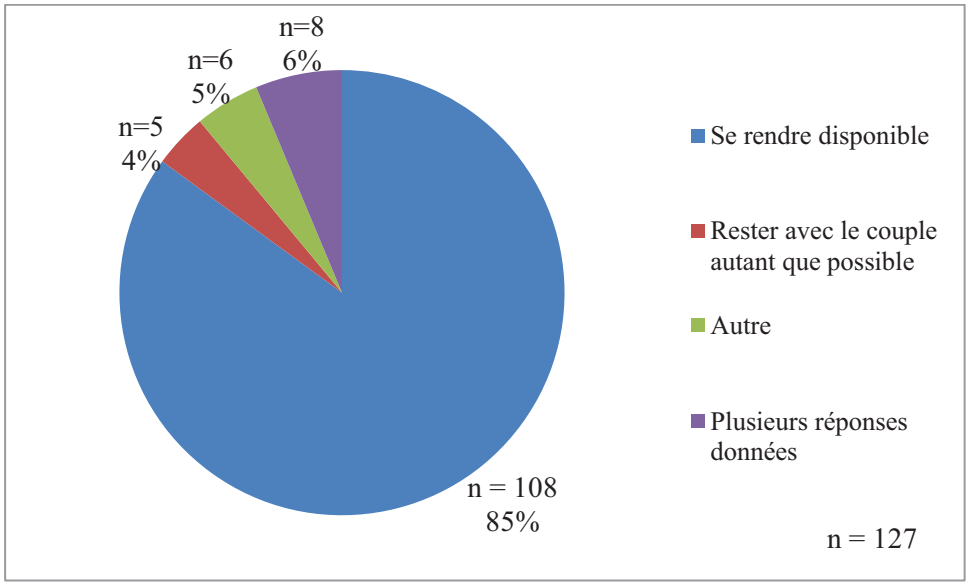
Seule une sage-femme de notre échantillon affirme ne pas se présenter systématiquement lors de la rencontre d'une patiente, soit 0,78 %.



82,5% des sages-femmes se présentent par leur identité et leur fonction.

Deux sages-femmes ont répondu « autres ». Parmi elles, une n'a pas précisé sa façon de se présenter et l'autre complétait sa présentation (prénom et profession) par le service où elle exerce habituellement, et apparaît donc deux fois. Enfin, une réponse (0.9%) n'apparaît pas dans le tableau : il s'agit d'une professionnelle qui se présente par ses nom et prénom.

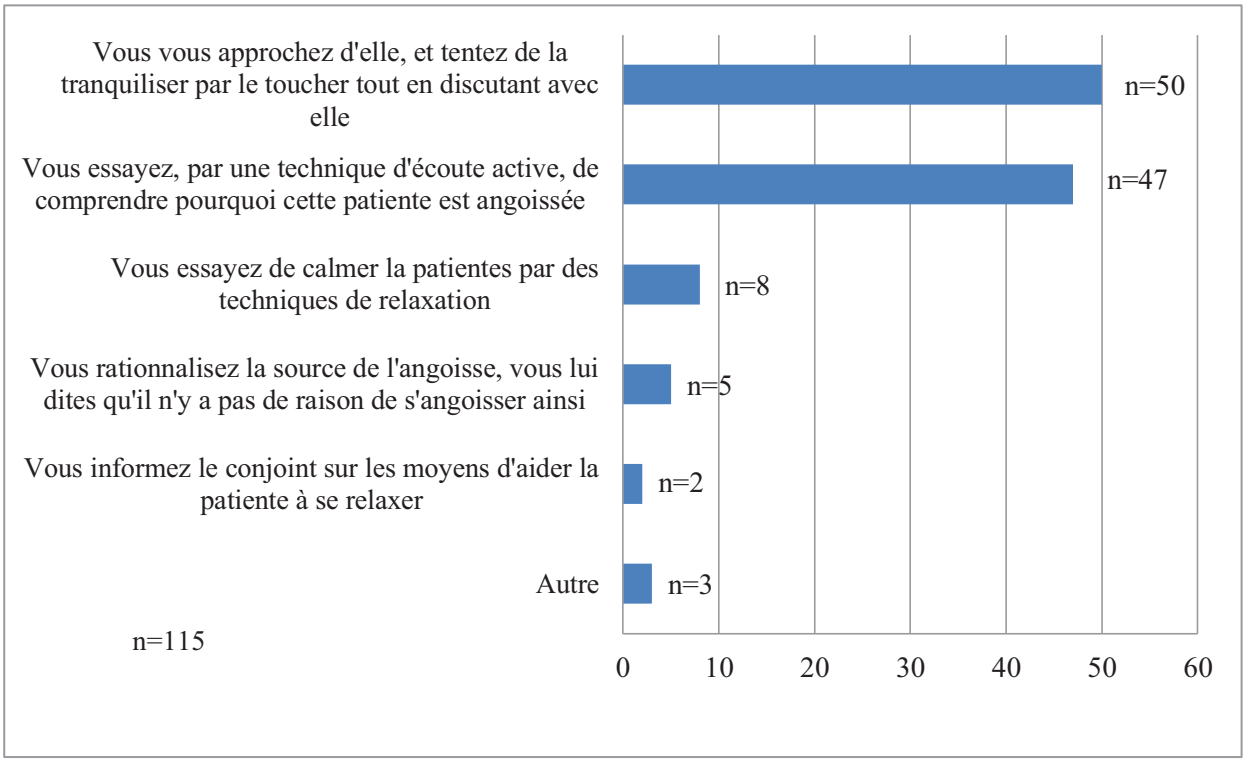
Q7. Pour vous, qu'est-ce qu'être présent auprès d'un couple ? (une seule réponse possible)



Pour la grande majorité des sages-femmes, être présent consiste à se rendre disponible.

Parmi les 5 % de réponses « autre », 5 sages-femmes affirmaient que la présence auprès du couple consiste à s'adapter à celui-ci, à ses attentes et ses besoins, et pour une, cela consiste à équilibrer « accompagnement et respect de leur intimité ».

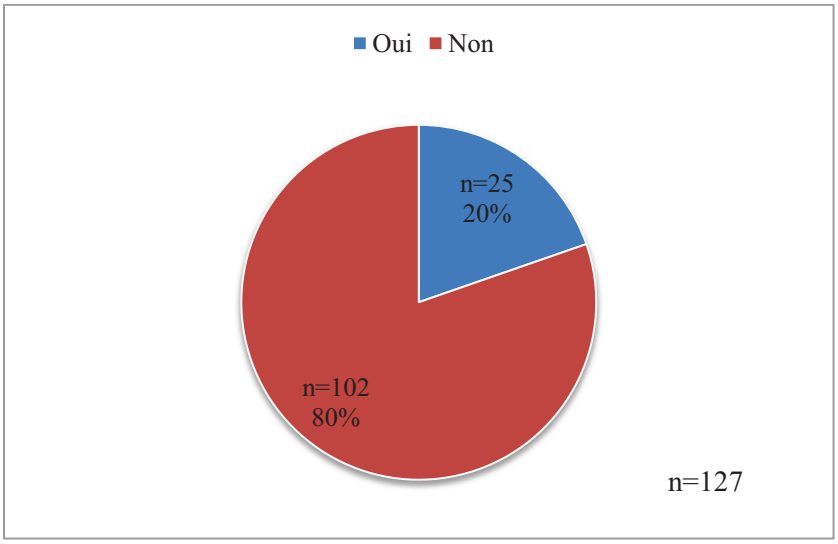
Q8. Pour rassurer une patiente angoissée : (une réponse possible)



84,3 % des sages-femmes restent auprès des parturientes angoissées pour les rassurer ou comprendre la source de leur angoisse.

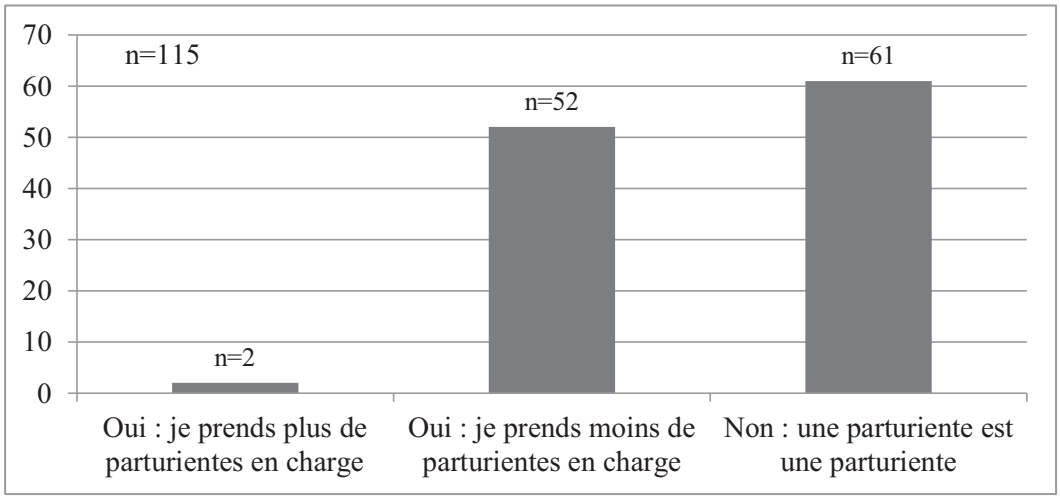
Les professionnels ayant répondu « autre » ont précisé que leur réaction dépendait de chaque patiente.

Q9. Avez-vous le sentiment de proposer le même accompagnement à une parturiente bénéficiant d'une péridurale qu'à celle qui n'en a pas ?



Pour 80 % des sages-femmes, l'accompagnement est différent selon que la patiente bénéficie d'une analgésie péridurale ou non.

Q10. Si vous exercez dans un établissement où plusieurs sages-femmes assurent les gardes en salle de naissance : vous prenez en charge une femme en travail <u>sans péridurale</u>. Cela influence-t-il la répartition des parturientes dans l'équipe ?



La répartition des parturientes dans l'équipe est influencée par la présence d'une patiente sans péridurale pour 47 % des sages-femmes.

2 sages-femmes prennent plus de patientes en charge	52 sages-femmes prennent moins de patientes en charge

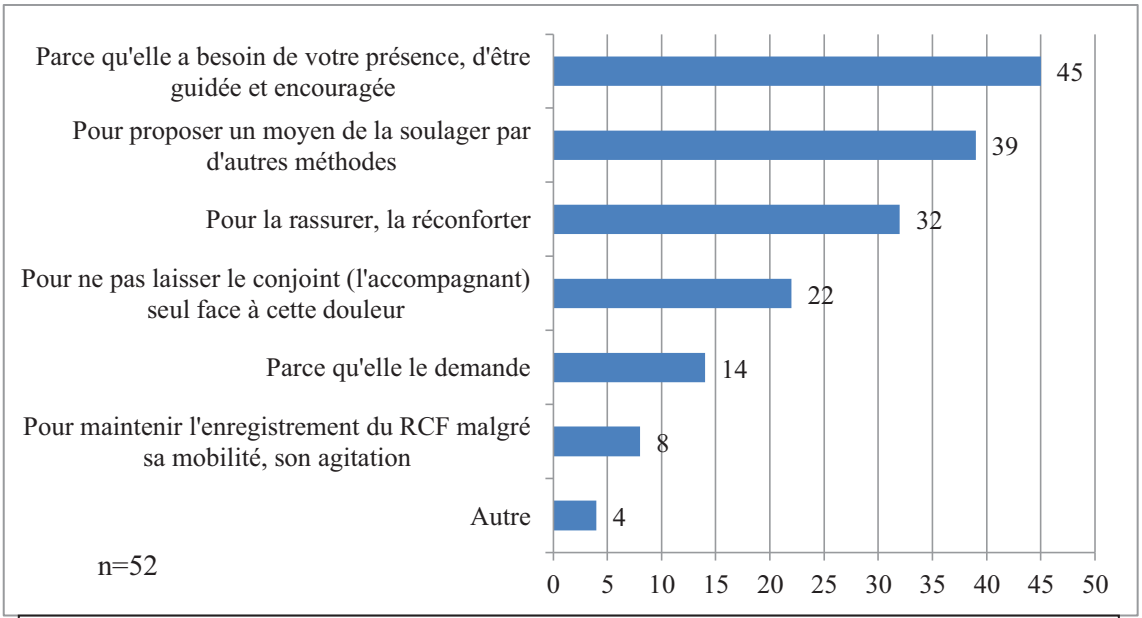
QUESTION 11

Pourquoi la patiente sans péridurale vous prend-elle moins de temps que celle avec ?

Pour les deux sages-femmes, la patiente sans péridurale est plus autonome et gère son travail à sa façon.

QUESTION 12

Pourquoi la patiente sans péridurale vous prend-elle plus de temps que celle qui en bénéficie ?



Le nombre moyen de réponses données par les sages-femmes est de 3.2, et va de 1 à 6.

Parmi les 4 réponses « autre », une sage-femme prend plus de temps avec les patientes sans péridurale pour chercher les prises en charge les plus adaptées à la patiente, une seconde parce que ces patientes ne sont pas toujours prêtes à accoucher sans péridurale, ce qui peut faire paniquer le couple. Une autre précise que l'accouchement peut être imminent et une dernière que toutes les réponses sont possibles selon les patientes.

QUESTION 13

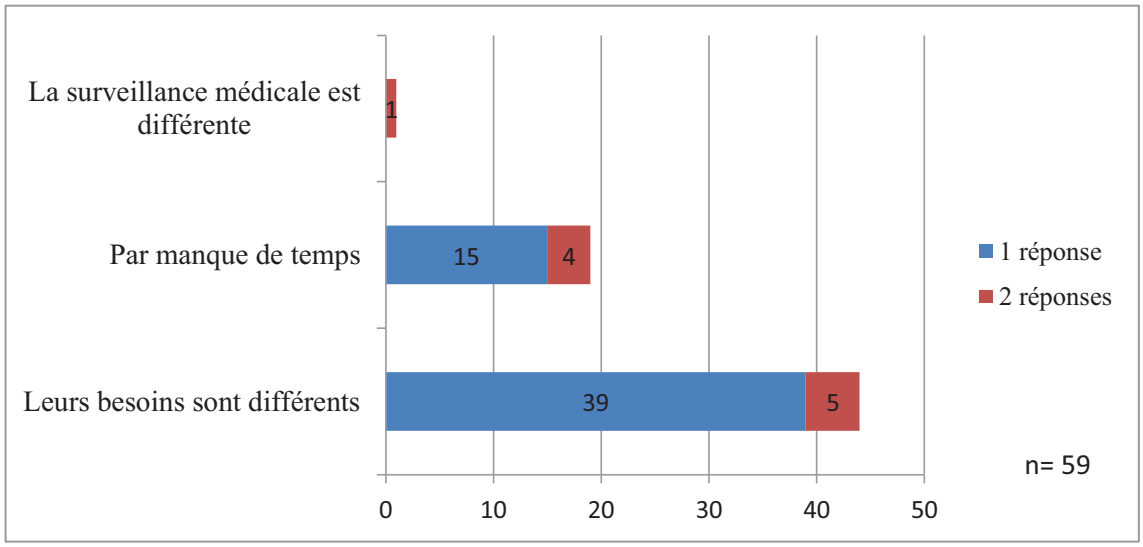
La quasi-totalité des sages-femmes (n = 45 sur 52 réponses) passant plus de temps auprès de la parturiente sans péridurale évoquent les besoins particuliers de cette patiente.

A noter que parmi les sages-femmes pour qui la répartition des parturientes ne change pas si l'une d'entre elle ne bénéficie pas de la péridurale, trois ont répondu à la question 12 dont une qui a aussi répondu à la question 11.

Sa réponse à la question 11 est aussi que la patiente sans péridurale est plus autonome mais elle précise en plus que c'est « pour la laisser en couple, ne pas la déranger, dans cet effort pour un accouchement naturel ».

Q13. Si vous avez répondu « oui » à la question 10 : pourquoi ne passez-vous pas le même temps avec les deux patientes ?

59 sages-femmes ont répondu à la question, dont 5 ont donné 2 réponses.



Le manque de temps est un facteur de prise en charge différente pour 32,2 % des sages-femmes ayant répondu à cette question.

Q14. Vous êtes face à une primipare en travail dont le projet initial est d'accoucher sans péridurale. Elle ne présente pas d'indication médicale particulière à sa pose, mais vous semble très algique à 6 cm de dilatation :

Première prise en charge	Seconde prise en charge	Dernière prise en charge	n=	%		
Proposer des alternatives			29	25,7%	**86**	**76.1%**
	Orienter vers la péridurale		14	12,4%		
		Comprendre	6	5,3%		
	Comprendre		17	15,0%		
		Orienter vers la péridurale	20	17,7%		
Comprendre			0	0,0%	18	15,9%
	Orienter vers la péridurale		7	6,2%		
		Proposer des alternatives	3	2,7%		
	Alternatives		3	2,7%		
		Orienter vers la péridurale	5	4,4%		
Orienter vers la péridurale			2	1,8%	9	8,0%
	Proposer des alternatives		3	2,7%		
		Comprendre	0	0,0%		
	Comprendre		0	0,0%		
		Proposer des alternatives	4	3,5%		
TOTAL			113	100%	113	100%

La majorité des sages-femmes a pour priorité de proposer des alternatives dans cette situation. Ce sont les sages-femmes plus expérimentées (expérience moyenne de 15.9 ans ±4.3 ans) qui tendent significativement (p=0,09) à orienter davantage leurs patientes vers la péridurale.

2.3. Accompagnement des parturientes et analgésie péridurale.

A partir de cette 3ème partie nous avons ôté deux questionnaires de notre échantillon, car ceux-ci n'ont pas été remplis au-delà. Nous obtenons donc n= 125.

Q15. Vous avez suivi une parturiente dont la pose de l'APD et le début des efforts expulsifs sont espacés de 4 heures. Représentez la part de ce temps que vous avez passé auprès d'elle.

Q20. Vous avez suivi une parturiente pour laquelle 4 heures se sont écoulées entre l'arrivée et le début des efforts expulsifs. Représentez la part de ce temps que vous avez passé auprès d'elle.

	Part du temps passé avec une patiente avec APD	Part du temps passé avec une patiente sans APD
(n =) **Moyenne ± Ecart-type**	(n=108) 41.6% ± 0.15	(n=111) 62.2% ± 0.15

Le temps passé avec une patiente sans péridurale est significativement (p=0.0000) supérieur à celui passé avec une patiente qui en bénéficie. La part de temps supplémentaire est comprise entre 16.6 à 24.6%.

	Monitorings centralisés	Monitorings non centralisés	
Part du temps passé avec les parturientes :			
Tous établissements confondus	n = 103 52.9% ± 0.19	n = 116 51.4% ± 0.17	p = 0.57
Etablissements de niveau 2	n = 51 49.0% ± 0.19	n = 100 52.0% ± 0.17	p = 0.34

La centralisation des monitorings ne crée pas de différence significative quant au temps consacré aux patientes.

	Etablissements publics	Etablissements privés	
Tous établissements confondus	n = 162 53.3% ± 0.17	n= 57 48.8% ± 0.20	p = 0.12
Etablissements de niveau 2	n = 94 52.3% ± 0.16	n=57 48.8% ± 0.20	p = 0.25

Il n'y a pas de différence significative entre établissements publics et privés en ce qui concerne le temps accordé aux parturientes.

	Etablissements de niveaux 1 et 2	Etablissements de niveau 3
(n =) **Moyenne ± Ecart-type**	n = 83 50.6% ± 0.14	n= 26 56.6% ± 0.27

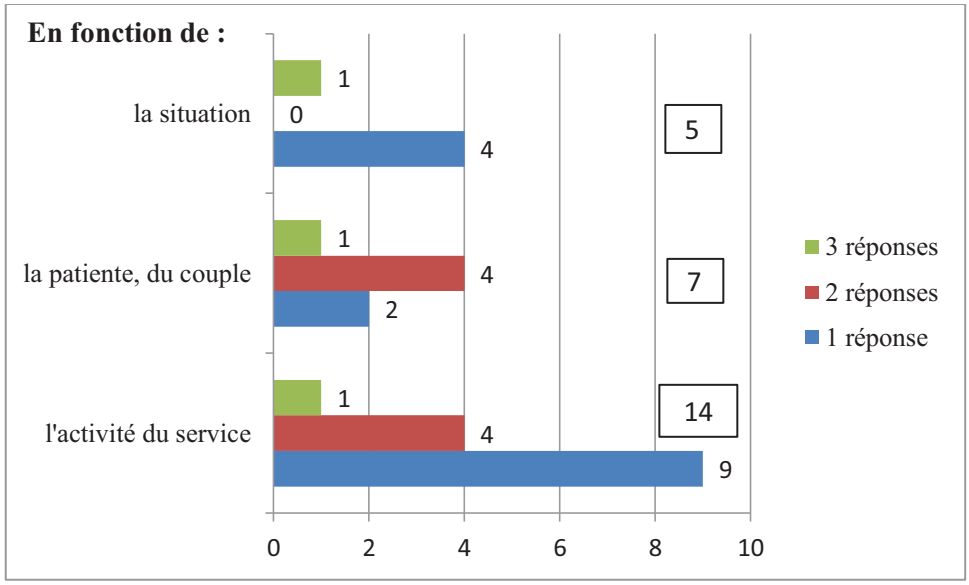
Le temps passé auprès des patientes est significativement (p = 0.04) supérieur en établissement de niveau 3.

Parmi les 25 sages-femmes qui ont affirmé proposer le même accompagnement aux femmes avec et sans péridurale (question n°9) :

	Part du temps passé avec une patiente avec APD	**Part du temps passé avec une patiente sans APD**
(n =) **Moyenne ± Ecart-type**	(n=21) 42.9% ± 0.03	(n=21) 56.7% ± 0.04

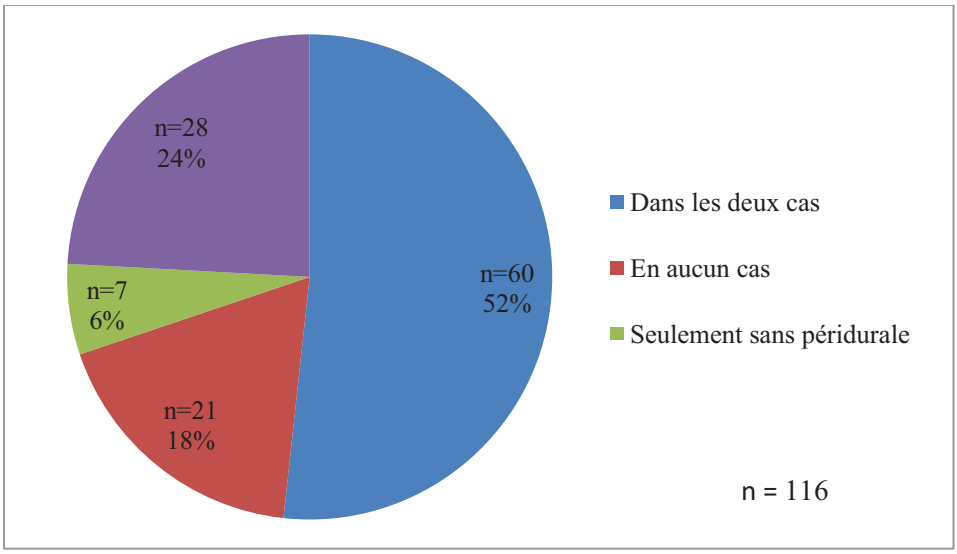
Le temps qu'elles consacrent aux patientes sans péridurale est significativement supérieur (p=0.009) à celui consacré aux patientes avec une péridurale. Nous notons que 8 sages-femmes sur les 21 ayant répondu aux deux questions ont donné la même réponse.

20 professionnels ont commenté la difficulté posée par ces questions, en nous précisant un ou plusieurs facteur(s) qui influence(nt) le temps passé avec les patientes. Ceux-ci sont présentés dans le tableau ci-après :



L'activité du service est mentionnée par 70 % des sages-femmes proposant des facteurs extérieurs qui influencent le temps passé auprès des parturientes.

Q16. Q21. Avez-vous l'impression que la capacité à communiquer de la patiente soit modifiée avec péridurale ? Sans péridurale ?



La réponse est différente selon la péridurale pour 28 sages-femmes (24.1%).

	Sans péridurale	Avec péridurale	Total
Capacité à communiquer modifiée	**n = 87 55.0%**	**n = 71 44.9%**	**n = 158 100.0%**
Capacité à communiquer non modifiée	**n = 28 35.9%**	**n = 50 64.1%**	**n = 78 100.0%**
TOTAL	**n = 115 48.7.2%**	**n = 121 51.3%**	**n = 236**

Selon les sages-femmes, la capacité à communiquer de la patiente est significativement (p=0.006) liée à la présence ou non d'une analgésie péridurale.

Q17. Q22. En dehors de la surveillance clinique et/ou paraclinique, voici 10 façons d'accompagner ces patientes. Classez dans l'ordre croissant <u>celles que vous utilisez</u>, selon l'ordre de vos priorités.

Les axes de prise en charge des <u>parturientes **bénéficiant d'une analgésie péridurale**</u>, pour notre échantillon, sont les suivants :

Premier axe de prise en charge	Second axe de prise en charge	Dernier axe de prise en charge	n=	%		
Améliorer le confort			0	0,0%	46	55,4 %
	Alternative thérapeutique		0	0,0%		
		Echange verbal	8	9,6%		
	Echange verbal		**18**	**21,7 %**		
		Alternative thérapeutique	**20**	**24,1 %**		
Echange verbal			0	0,0%	34	41,0 %
	Alternative thérapeutique		0	0,0%		
		Améliorer le confort	1	1,2%		
	Améliorer le confort		**14**	**16,9 %**		
		Alternative thérapeutique	**19**	**22,9 %**		
Alternative thérapeutique			0	0,0%	3	3,6 %
	Améliorer le confort		0	0,0%		
		Echange verbal	1	1,2%		
	Echange verbal		0	0,0%		
		Améliorer le confort	2	2,4%		
TOTAL			83	100%	83	100%

Avec ou sans alternative thérapeutique, nous remarquons que le confort et l'échange verbal sont prioritaires pour 71 sages-femmes, soit 85,5% de l'échantillon.

Le nombre moyen de prises en charge choisies par notre échantillon est de 8,40 ; avec un écart-type de 1,99. Le nombre minimal est de 3, et le nombre maximal est de 10.

Quarante et une sages-femmes, soit 49,4% des personnes interrogées, ont choisi les 10 propositions, dont 31 soit 75,6% ont placé l'alternative thérapeutique en dernier.

En ce qui concerne la prise en charge des parturientes **sans analgésie péridurale**, les priorités des sages-femmes de notre population sont les suivantes :

Première prise en charge	Seconde prise en charge	Dernière prise en charge	n=	%		
Améliorer le confort			2	2,4%	51	62,2 %
	Alternative thérapeutique		7	8,5%		
		Echange verbal	21	25.6%		
	Echange verbal		4	4,9%		
		Alternative thérapeutique	17	20.7%		
Echange verbal			0	0,0%	19	23,1 %
	Alternative thérapeutique		0	0,0%		
		Améliorer le confort	5	6,1%		
	Améliorer le confort		0	0,0%		
		Alternative thérapeutique	14	17,1%		
Alternative thérapeutique			0	0,0%	12	14,6 %
	Améliorer le confort		0	0,0%		
		Echange verbal	10	12,2%		
	Echange verbal		0	0,0%		
		Améliorer le confort	2	2,4%		
TOTAL			82	100%	82	100%

Nous remarquons que, même si le protoxyde d'azote est davantage présent que dans le cadre de la péridurale, il n'est la priorité que de 14,6% des sages-femmes. Pour 38 d'entre elles, soit 43,6%, il arrive en dernier axe de prise en charge. Par ailleurs, seules 6 d'entre elles ne le mentionnent pas, soit 7,3% de notre population.

15 sages-femmes (18,3%) ont déclaré avoir le même ordre de prises en charge pour les patientes avec et sans péridurale. Parmi elles, 11 ont répondu « idem » ou « même ordre » dans la marge du questionnaire.

20 sages-femmes avaient affirmé proposer le même accompagnement aux patientes avec et sans péridurale et ont aussi répondu à ces deux questions. Parmi elles, 9 ont modifié leur principal axe de prise en charge et 12 ne proposent pas le même ordre général.

Q18. Q23. Est-ce que cet ordre est modifié la nuit ?

	Sans péridurale	Avec péridurale	Total
Ordre non modifié la nuit	**n = 109 58.0%**	**n = 79 42.0%**	**n = 188 100.0%**
Ordre modifié la nuit	**n = 13 23.6%**	**n = 42 76.4%**	**n = 55 100.0%**
TOTAL	**n = 122 50.2%**	**n = 121 49.8%**	**n = 121**

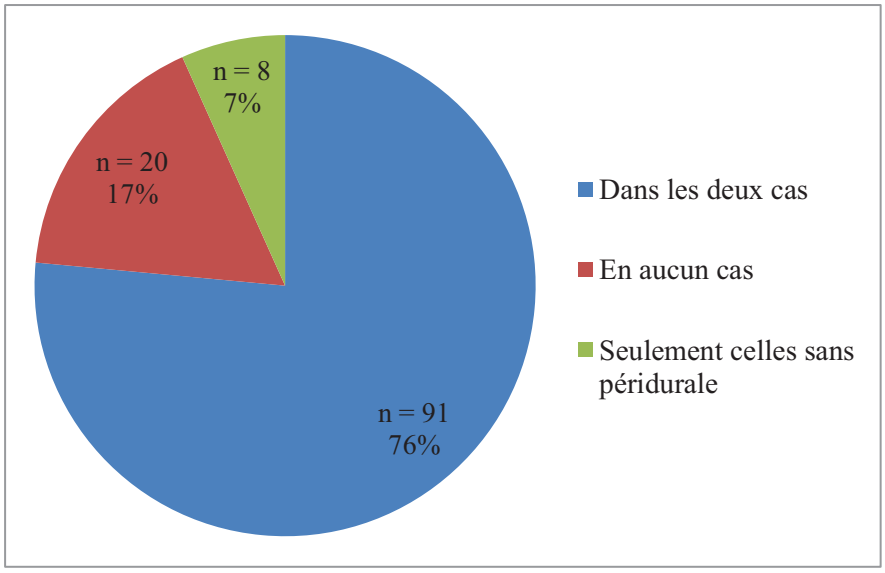
Il existe une liaison significative (p=0.000) entre la modification de la prise en charge des patientes la nuit et le fait qu'elles bénéficient ou non d'une analgésie péridurale.

Parmi les 42 sages-femmes modifiant leur prise en charge des parturientes bénéficiant d'une péridurale la nuit, 7 réponses ne sont pas interprétables. 69,6 % des 35 autres sages-femmes changent leur priorité pour laisser la patiente se reposer tant que possible ; 11,4% des sages-femmes s'orientent vers les explications sur le déroulement du travail et le même nombre préfèrent répondre aux sollicitations de la patiente.

Les 13 sages-femmes modifiant, la nuit, leur prise en charge des parturientes qui n'ont pas de péridurale ont des priorités différentes. 5 réponses ne peuvent être exploitées car elles sont multiples ou inexistantes. 4 sages-femmes répondent aux sollicitations de la patiente et les 4 dernières ont chacune des priorités différentes.

Q19. Q24. Retournez-vous voir ces patientes en suites de couches :

- **Si elles ont bénéficié d'une péridurale ?**
- **Si elles n'en ont pas bénéficié ?**



La grande majorité des sages-femmes conserve son habitude de retourner voir ou non ses patientes, la péridurale ne changeant rien.

Les 8 professionnels faisant une différence entre ces patientes retournent tous voir les patientes ayant accouché sans péridurale plutôt que celle ayant accouché avec.

Les réponses des sages-femmes n'ayant donné qu'une réponse sont comptabilisées dans le tableau.

p = 0.233	Sans péridurale	Avec péridurale	Total
Non	n = 20 41.7%	n = 28 58.3%	n = 48
Oui	n = 100 51.3%	n = 95 48.7%	n = 195
Total	n = 120 49.4%	n = 123 50.6%	

Il n'y a pas de liaison significative (p=0.233) dans la visite des patientes selon si elles ont bénéficié d'une péridurale.

2.4. Comparaison

Q25. ***Si vous avez exercé en salle de naissance avant 1995 :*** **Pensez-vous que l'omniprésence actuelle de l'analgésie péridurale ait modifié le rôle d'accompagnement de la parturiente par la sage-femme ? Si oui, en quoi ?**

Nous avons obtenu 27 réponses à cette question. 3 sages-femmes ont répondu « non ». Deux ont précisé que l'accompagnement reste dans les deux cas une priorité, dans la mesure où il consiste à répondre de façon adaptée aux besoins des couples.

Différentes notions se dégagent dans les exposés des sages-femmes considérant que la péridurale modifie le rôle d'accompagnement des sages-femmes.

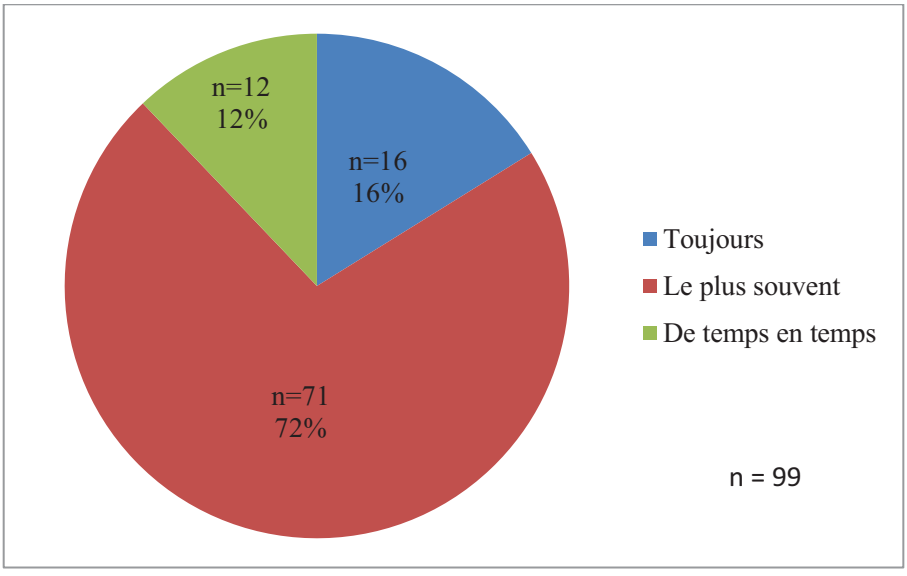
L'idée principale est que l'accompagnement d'une patiente sous péridurale est plus technique mais moins relationnel, et que les sages-femmes les plus jeunes sont moins armées face aux patientes sans analgésie. Le rôle d'accompagnement des professionnels est diminué selon différents aspects : la technique prend le pas sur l'accompagnement, les sages-femmes se sentent dévalorisées face à des patientes moins demandeuses et plus autonomes, le temps passé auprès des couples est réduit.

6 professionnels qualifient ainsi la péridurale de gain de temps et deux jugent que la prise en charge est facilitée.

D'après les réponses obtenues, l'analgésie péridurale est une exigence des patientes, qui parfois ne veulent « plus sentir ». Ces accouchements sont plus rationnalisés, intellectualisés, ce qui pour certaines, favorise une réflexion plus profonde sur la parentalité. Pour d'autres au contraire, les futures mères sous péridurale sont moins investies par la signification profonde de la naissance.

Enfin, il est ressorti que la péridurale n'est pas seule en cause dans la réduction du rôle d'accompagnant de la sage-femme. L'aspect médico-légal est plusieurs fois mis en cause, avec la quantité de papiers que les professionnels ont à remplir à l'heure actuelle.

Q26. Si vous avez débuté votre exercice après 1995 : vous sentez-vous à l'aise dans l'accompagnement des femmes sans péridurale …

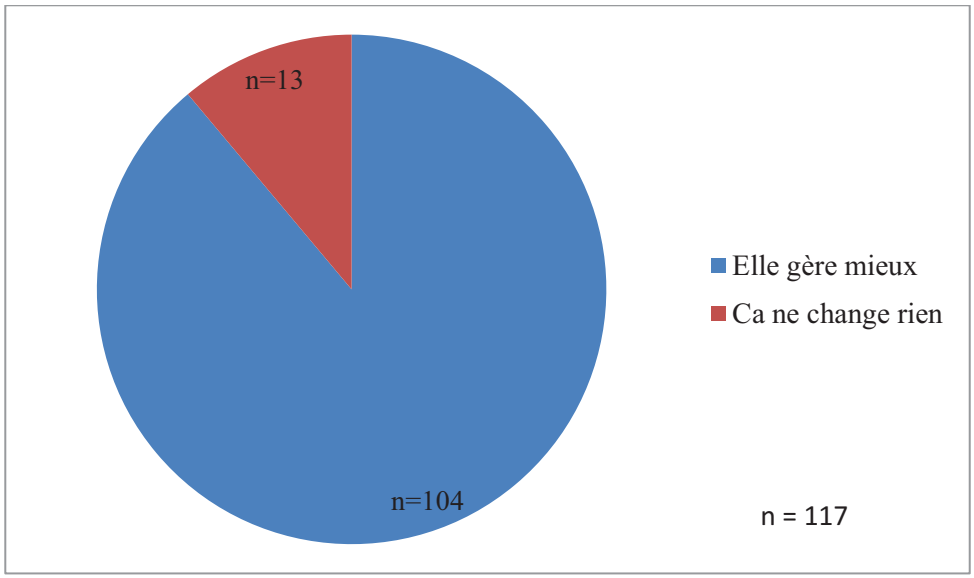


Nous pouvons noter qu'aucune sage-femme dit ne jamais se sentir à l'aise dans l'accompagnement des patientes sans péridurale.

Parmi les 12 sages-femmes ne se sentant à l'aise que de temps en temps, 7 ont de 1 à 5 ans d'expérience, et les 5 autres entre 5 et 15 ans. Parmi les 16 sages-femmes se sentant toujours à l'aise avec ces patientes, 6 ont entre 10 et 15 ans d'expérience, mais 9 ont moins de 10 ans de pratique.

Q27. Selon vous, le fait que la parturiente ait suivi une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) influence-t-il sa façon de gérer son travail sans péridurale ou en attendant la péridurale ?

7 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question, dont une qui a indiqué que l'influence de la PNP était variable d'une femme à une autre. Un autre professionnel répondait que toutes les réponses étaient possibles.



Parmi les 13 sages-femmes jugeant que la PNP ne change rien à la gestion du travail par les patientes, 7 ont de 1 à 5 ans d'expérience. Les six autres se répartissent de 5 à 30 ans d'expérience.

Discussion

L'objectif de notre étude était de décrire les différences que l'analgésie péridurale peut induire dans notre accompagnement des parturientes. Il est évident qu'il ne s'agit pas ici de définir un accompagnement type ou de comparer les habitudes d'accompagnement entre les différents établissements de notre étude. Nous tenterons par ailleurs d'expliquer pourquoi cette analgésie crée des différences.

1. Généralités

1.1. Les sages-femmes interrogées

Notre échantillon est principalement composé de sages-femmes récemment diplômées, puisque 37.8% a moins de cinq années d'expérience, et 78.7% moins de quinze années. Cela peut laisser apparaître un intérêt majoré pour le sujet de l'enquête. En effet, nous avions vu que les jeunes sages-femmes étaient davantage déstabilisées par les patientes sans péridurale[9], elles ont donc peut-être été plus sensibles à notre thématique. De plus, nous constatons que 83.7% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire ont exercé en salle de naissance dans l'année écoulée. Notre questionnaire a été proposé aux professionnels de tous les services, mais nous pouvons supposer que ceux n'exerçant plus en salle de naissance ont été moins intéressés par notre sujet.

1.2. Le contact avec les couples

Nous savons que l'hôpital, lieu inconnu pour les patientes, est en lui-même une source d'angoisse : le domicile est le seul lieu à offrir sécurité et intimité. Pour éviter ce stress, l'accueil des patientes est essentiel, afin que s'instaure un climat de confiance réciproque entre le couple et les professionnels. Nous remarquons que les sages-femmes ont cette notion puisqu'elles se présentent systématiquement presque à l'unanimité. 82.5% déclinent leur identité en plus de leur profession. Il paraît en effet essentiel à l'établissement d'une relation constructive que les patientes sachent qui solliciter en cas de besoin.

Nous avons voulu définir la présence auprès des couples, mais nous ne pouvons réellement interpréter ces résultats : les sages-femmes ont choisi la seule réponse qui

n'était pas catégorique et qui était « se rendre disponible ». La question qui se pose alors qu'est-ce que la disponibilité ? Selon le dictionnaire Hachette[6], il s'agit de l'état de ce dont on peut disposer, de l'état de ce qu'on peut user en fonction de ses besoins. En salle de naissance, la disponibilité ne consiste pas seulement à attendre que la patiente nous sollicite, il s'agit aussi d'être présent auprès d'elle pour repérer et anticiper tous ses besoins. Là est le rôle de la sage-femme, qui va veiller au bien-être de la patiente sur tous les plans : sa santé tout d'abord avec une stricte surveillance médicale, mais aussi son confort ainsi que son bien-être. Cette adaptation ne peut attendre un appel de la parturiente car elle exprimera souvent ses besoins de façon non verbale. Ainsi, si celle-ci exprime de l'angoisse, nous voyons que 84.3% des sages-femmes choisissent de communiquer avec elle, soit par la communication verbale, soit par une communication non verbale mettant notamment en jeu le toucher, forme de présence essentielle dans la profession de sage-femme.

2. Les différences créées par l'analgésie péridurale.

80% des sages-femmes interrogées disent ne pas proposer le même accompagnement aux patientes avec et sans péridurale. Mais les 20% affirmant le contraire consacrent un temps significativement différent à ces deux patientes. De plus, parmi ces 20% ayant indiqué ne pas faire de différence, certaines ont précisé qu'elles proposaient le même accompagnement à toutes les patientes car elles proposaient toujours celui le plus adapté à chacune. Mais quels sont les points qui changent concrètement ?

2.1. Le temps consacré aux patientes

Les patientes sans péridurale nécessitent significativement une part de temps plus importante que celles qui en bénéficient. Nous savons aussi que l'investissement des professionnels de la naissance est plus soutenu auprès de ces patientes. Cette différence est franche, mais nous n'oublions pas que nous ne pouvons interpréter ces chiffres comme des valeurs absolues puisqu'ils proviennent de déclarations et non de faits, et conservent donc une part d'erreur relative.

Malgré cette affirmation, les sages-femmes sont partagées sur le fait de prendre moins de patientes en charge quand une d'entre elles n'a pas d'analgésie péridurale.

Cette répartition est bien évidemment dépendante d'autres facteurs, notamment de l'avancement du travail de chaque patiente, ou bien du contexte médical puisque le temps passé auprès des patientes est significativement supérieur au CHU de Rouen, établissement de niveau III. Certaines sages-femmes ont aussi précisé qu'elles ne consacrent pas plus de temps aux patientes sans péridurale parce qu'elles ne le peuvent pas faute de temps, mais qu'elles le feraient si c'était possible.

Cette ambivalence dans les réponses obtenues s'explique par le fait que la part du temps consacré à ces deux patientes diffère, mais le temps total peut être similaire : en effet, le temps d'occupation d'une salle de naissance est bien plus important pour une femme qui bénéficie d'une péridurale en début de travail que pour une femme sans péridurale dont le travail est le plus souvent rapide[23]. Cette patiente nécessitera une présence presque constante de la sage-femme jusqu'à son accouchement, mais celui-ci est en général bien plus imminent que celui de la patiente qui bénéficie d'une péridurale précocement.

2.2. Une présence différente

Par ailleurs, en mettant de côté la surveillance du rythme cardiaque fœtal et de l'évolution du travail, commune à toutes les patientes, on peut dire que le temps consacré à ces deux patientes est de nature différente. En effet, la présence auprès de la parturiente sous péridurale est davantage de nature médicale et relève d'un savoir-faire. Au contraire, la patiente sans analgésie péridurale demande humanité et savoir-être. De plus, la présence des sages-femmes n'est pas du même ordre : en cas de péridurale, elles vont aller au-devant de besoins de la parturiente, qui concerneront son confort notamment : avez-vous assez chaud ? Voulez-vous de la musique ? Au contraire, répondre aux besoins d'une femme sans péridurale est d'un autre registre, puisque c'est la patiente qui oriente la sage-femme et lui indique ce qu'il lui faut, la sage-femme demande davantage « que puis-je faire ?». C'est la patiente qui prend les devants, et ce n'est pas toujours par le langage verbal que la sage-femme obtient les informations.

Cela peut être mis en lien avec un phénomène social décrit : il semblerait que ces deux patientes ne s'investissent pas autant : la patiente sous péridurale est « prise en charge », et a parfois une attitude passive et consumériste[41], elle se désengage. C'est ainsi qu'il nous arrive d'accompagner des patientes qui occupent le temps du travail

avec des livres ou des magazines. Cela peut être en retour source d'un désintérêt chez les sages-femmes[1].

2.3. Des prises en charge différentes

Ces données sont difficilement exploitables. En effet, il manque une possibilité importante dans les différentes propositions : la présence passive et la communication non verbale n'ont pas été mises en avant. Cela est regrettable car la communication non verbale, le toucher notamment, sont prédominant quand la patiente n'a pas de péridurale.

La plupart des sages-femmes savent que le confort doit rester notre priorité dans les deux situations.

Nous notons que 61.4% des sages-femmes ont cité l'alternative thérapeutique qu'est le protoxyde d'azote pour une patiente sous péridurale, quand il n'était pas obligatoire de choisir toutes les propositions. Mais c'est ce qu'ont fait 49.4% des personnes ayant répondu. Nous pouvons donc nous demander si la consigne a été correctement lue et comprise. En effet, le protoxyde d'azote est contre-indiqué chez les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale, mais il est surtout le plus souvent inutile. Le fait que 75.6% des sages-femmes ayant classé les dix propositions aient placé cette alternative en dernier choix peut faire penser qu'elles aient voulu toutes les classer.

Nous trouvons satisfaisant de constater que 92.7% des sages-femmes de notre échantillon utilisent le protoxyde d'azote comme outil disponible pour les patientes sans péridurale mais que seule une minorité en fait sa priorité. En effet, les patientes accouchant sans péridurale peuvent le faire par choix et ne pas souhaiter être limitée par cette alternative dans leur mobilisation. Cela fait partie des raisons évoquées par les établissements qui n'en proposent pas, que nous avons jugé intéressant de connaître. Dans un des établissements, le protoxyde d'azote n'est ainsi pas proposé car il a pour inconvénients de ne pas soulager suffisamment les patientes tout en limitant leur autonomie puisqu'elles ne sont alors plus libres de leurs mouvements. Dans l'autre maternité, c'est un choix des anesthésistes, et ce choix pourrait être remis en cause dans l'avenir avec l'évolution des droits de prescription des sages-femmes.

Nous avons été surpris de constater le taux de réponses quant à l'échange verbal pour les patientes sans péridurale. En effet, avec une péridurale, la suppression de la

douleur permet de construire une relation plus intellectualisée, basée sur une communication verbale, qui amène à discuter avec le couple et à leur donner les explications nécessaires. Mais sans analgésie péridurale, la patiente seule doit faire le choix de sortir de la bulle psychosomatique dans laquelle elle se trouve[20]. Cela sous-entend qu'il faudrait limiter les stimulations intellectuelles, en évitant de la solliciter oralement. Cette bulle peut être temporaire, et cet état ne sous-entend absolument pas qu'il faut laisser la femme seule. Il est évidemment toujours nécessaire d'être présent pour répondre à ses requêtes, que ce soit de façon abstraite ou plus active, mais en favorisant une relation non verbale, avec le toucher notamment. Or, 89% des réponses des sages-femmes ont choisi cette prise en charge, et 23% en font même leur priorité.

Nous nous sommes demandés si la péridurale induisait une modification des priorités de prise en charge la nuit. En effet, il existe un lien significatif : la prise en charge des femmes sans péridurale ne semble pas modifiée la nuit quand celle des femmes sous péridurale est davantage orientée vers le repos. En effet, ces patientes ne sentant plus de douleur, elles ressentent la fatigue contrairement à celles qui perçoivent leurs contractions utérines. Améliorer leur confort consiste donc à laisser se reposer celles qui le peuvent.

2.4. La relation sage-femme - parturiente

Nous avons voulu savoir si la qualité des échanges avec les patientes était influencée par la présence d'une analgésie péridurale. Là encore, le biais se situe dans le manque de précision de la question. Tout d'abord, nous voulions aborder leur capacité à dialoguer, la question est faussée car prend en compte la communication non verbale. De plus, nous n'avons pas précisé le critère par rapport auquel celle-ci pouvait être modifiée, c'est-à-dire en dehors du travail. Ainsi, certaines personnes ont précisé que la capacité de communication des femmes sous péridurale était modifiée parce que celles-ci s'endorment. De plus, nous pouvons supposer que ces patientes ne peuvent pas s'exprimer autant qu'elles le souhaiteraient : en effet, soulagée de leur douleur, elles n'ont plus vraiment de moyen d'exprimer leurs angoisses, car elles ne sont plus supposées se plaindre. Dans cette dimension, la femme sans péridurale a l'avantage de pouvoir exprimer tout ce qu'elle ressent, bien plus facilement que celle qui n'a plus de douleurs.

Malgré tout, nous obtenons une liaison significative entre les deux items, mais celle-ci est difficilement interprétable.

Nous nous sommes aussi demandés si un accouchement sans péridurale créait une relation particulière entre la patiente et la sage-femme. C'est pourquoi nous avons voulu savoir si les professionnels retournaient davantage voir ces patientes en suites de couche. Le résultat de cette question n'est pas significatif, mais les résultats obtenus nous ont surpris : 76% des sages-femmes affirment retourner voir leurs patientes dans tous les cas. Nous n'avons en effet pas observé cette démarche quand elle n'est pas indirectement imposée par l'organisation du service.

3. Les explications de ces résultats

3.1. Différences des besoins des parturientes

Pour les sages-femmes, la modification de leur prise en charge se justifie surtout par des besoins d'accompagnement différents chez ces deux types de patientes. Mais quels sont leurs besoins précis ? Où se situe la spécificité de leurs attentes ? Il n'est bien sûr pas possible de définir ce que nécessite chacune d'elles, mais nous avons vu les différentes dimensions de l'accouchement. Or, la seule variable entre ces femmes est la douleur. Nous pouvons même préciser que seule la dimension somatique de la douleur est mise en jeu, car la composante psychogène reste régulièrement conservée par les patientes qui manifesteront à un moment ou un autre de la douleur, parfois seulement en post-partum. Cette douleur permet alors à l'accouchement de demeurer une épreuve. Si la dimension somatique de la douleur est la seule variable de ce que ressentent les patientes, pourquoi ne bénéficient-elles pas du même accompagnement ?

Le fait est que tous les remaniements que vit la femme en travail justifient notre accompagnement, qu'il y ait péridurale ou non. Certaines sages-femmes ont bien mentionné que la péridurale ne supprime pas l'angoisse de la naissance. Pour savoir si notre accompagnement est adapté à chaque patiente, il faudrait en fait enquêter auprès de celles-ci pour se renseigner de leur satisfaction.

Nous avions pensé à un autre facteur qui pourrait influencer l'accompagnement des patientes : le fait qu'elles aient suivi ou non une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Pour la majorité des sages-femmes, la PNP est un atout permettant aux patientes de mieux faire face au travail. Certaines ont tout de même affirmé que cela ne changeait rien. Nous pouvons en effet penser que la participation de ces patientes à ces séances s'inscrit dans un projet de naissance prédéfini et exprime déjà leur désir de

se montrer actives dans le processus de naissance. Au contraire, il semblerait que le groupe des patientes primipares ne prenant pas part à la PNP soit une population faisant davantage le choix de s'en remettre au corps médical.

3.2. Différences selon les professionnels et leurs contraintes

Un autre facteur évoqué précédemment est ressorti de notre enquête : un manque de temps expliquerait aussi une présence moindre auprès des femmes sous péridurale. Ainsi, le temps consacré aux parturientes par les sages-femmes semble dépendre principalement de l'activité du service puis des particularités des patientes et de leurs situations. Le taux de péridurales en France est supérieur à celui de nos voisins européens et cela amène des interrogations : est-ce parce que les parturientes demandent la péridurale et qu'elles ont moins besoin des professionnels que le nombre de sages-femmes a été réduit en fonction ? Ou bien est-ce parce que les sages-femmes ne sont pas assez nombreuses pour être présentes que les femmes demandent la péridurale ? Il ne faut pas non plus oublier les facteurs culturels : la prise en charge de la douleur a, en France, la valeur d'un droit acquis par le patient.

Face à cette généralisation, les sages-femmes doivent rester vigilantes : leurs prises en charge doivent impérativement rester individuelles et personnalisées, l'analgésie péridurale ne doit pas être systématisée. En effet, il est regrettable de parfois constater que les patientes en début de travail soient immédiatement préparées à la pose d'une péridurale, sans même avoir été consultées quant à leurs souhaits auparavant.

Enfin, il est envisageable que l'évolution sociologique de la profession de sage-femme influence ces évolutions dans l'accompagnement de la patiente en travail. En effet, la sage-femme a assisté à l'apparition progressive des technologies en salle de naissance, reconnues peu à peu dans son champ de compétences. Mais ces techniques sont rapidement devenues indispensables, notamment face à la pression médico-légale actuelle. Ainsi, les plus jeunes sages-femmes ont acquis un savoir-faire technique, laissant peut-être un peu de côté la clinique, et ayant moins de besoin de perfectionner leur savoir-être. Cette tendance est à l'origine de la description de technicienne faite par les sages-femmes plus expérimentées à propos des plus jeunes.

Conclusion

Par notre enquête, nous voulions savoir si, comme nous l'avions constaté, les sages-femmes percevaient elles aussi une modification de leur accompagnement en fonction de l'analgésie péridurale. Nous voulions aussi tenter d'expliquer par quels processus une méthode analgésique pouvait-elle induire ces modifications, alors qu'elle ne modifie que la douleur de l'accouchement.

Avant tout, il s'agit de ne pas négliger toute la relativité de ce sujet : nous avons comparé l'accompagnement de parturientes selon leur degré d'insensibilisation à la douleur. Mais il ne faut pas oublier qu'un accompagnement ne ressemble à aucun autre, même entre deux patientes qui bénéficient des mêmes thérapeutiques.

Malgré tout, les sages-femmes considèrent bel et bien qu'elles proposent un accompagnement différent à leurs patientes selon si elles bénéficient ou non d'une péridurale. Celle-ci induirait un temps significativement diminué auprès de la patiente, et une modification des priorités de prise en charge.

Les raisons sont variées. La principale explication réside évidemment dans une différence des besoins de ces patientes : la patiente sans péridurale a besoin d'une présence passive mais rassurante et fait appel au savoir-être de la sage-femme ; la patiente avec une péridurale, elle, gagne en autonomie et est moins demandeuse mais nécessite une surveillance médicale plus particulière et relève davantage du savoir-faire de la sage-femme. Toutefois, ces deux patientes peuvent être sujettes aux angoisses liées à la parturition, la sage-femme doit donc être disponible pour les besoins de chacune.

Une autre raison a été évoquée : les sages-femmes semblent manquer de temps pour être présentes autant qu'elles le voudraient auprès de leurs patientes et leur disponibilité paraît influencée par l'activité du service. Nous pouvons donc nous demander s'il est juste que l'accompagnement d'une patiente le jour de son accouchement dépende de facteurs extérieurs. De plus, l'OMS[6] affirme qu' « un soutien continu pendant l'accouchement […] est associé à […] une réduction de la nécessité d'analgésie ». Face au taux national de péridurales en France, supérieur à celui de nos voisins européens, et à l'émergence du choix de certains parents d'avoir recours à d'autres accompagnements, nous pouvons aujourd'hui nous demander si les sages-femmes sont dans les meilleures conditions d'exercice pour remplir au mieux leur rôle d'accompagnement en salle de naissance.

Bibliographie

OUVRAGES

[1]AIACH P., FASSIN D. - Les métiers de la santé - Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. – Paris – Editions Economica – 1994 – 364p. – Collection « Sociologiques » - Chapitre de D. CARRICABURU : « Les sages-femmes face à l'innovation technique », p.297 à 308.

[2]BERGERET-AMSELEK C. – Le mystère des mères. – Paris – Editions Desclée de Brouwer – 1998 – 172p

[3]BIRMAN Chantal – Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte. – Paris – Editions de la Martinière – 2003 – 349p

[4]CARON-LEULLIEZ M., GEORGE J. – L'accouchement sans douleur : histoire d'une révolution oubliée. – Paris – Editions de l'Atelier – 2004 – 254p

[5CHAUMETTE Paloma – L'accompagnement global. Rencontres sur le chemin de la naissance – Gap – Editions Yves Michel – 2005 – 190p

[6]Dictionnaire HACHETTE – Paris – Editions Hachette Education – 2009 – 1815p

[7]DIEMUNSCH P., SAMAIN E. - Anesthésie-réanimation obstétricale – Issy les Moulineaux – Editions Masson – 2009 – 270 p. – Collection Manuel d'anesthésie, de réanimation et d'urgences

[8]GARNIER-DELAMARE – Dictionnaire illustré des termes de médecine – Paris – Editions Maloine – 2004 – 1046p – 28ème édition revue et commentée

[9]JACQUES B. – Sociologie de l'accouchement – Paris – Editions Presses Universitaires de France – 2007 – 209p

[10]KNIBIEHLER Y. – Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXè siècle – Rennes – Editions ENSP – 2007 – 186p

[11]LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G. – Obstétrique. 4ème édition – Issy les Moulineaux – Editions Masson – 2008 – 469p. – Collection Pour le praticien.

[12]LE BRETON D. – Anthropologie de la douleur – Paris – Editions Métailié – 1995 – 238p. – Collection Traversées

[13]LUISIER V. – Sages-femmes : la cornette sous le paillasson ? – Paris – Médecine et hygiène – 2007 – 170p

[14]MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J. – Précis d'obstétrique. 6ème édition. – Issy les Moulineaux – Editions Masson. – 2001 – 597p.

[15]MORCH D. T. , ROSADONI D. – Les enfants de l'hiver – Paris – Editions Denoël/Gonthier – 1976, traduit en 1982 – 228p – Collection Femme

[16]POUVREAU-ROMILLY O.Y. – L'événement de la naissance, tâches et présences actuelles de la sage-femme – Toulouse – Editions Eres – 1995 – 221p

[17]REVAULT D'ALLONNES C. – Etre, faire, avoir un enfant – Paris – Editions Plon – 1991 – 261p

[18]REYNES Hugues – Le nouvel accouchement. Méthode du Dr Reynes. – St Nicolas de la Balerme – Edit'as – 2003 – 141p.

[19]SZEJER M., STEWART R. – Ces neuf mois-là. Une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. – Paris – Editions Robert Laffont. – 1994 – 302p - Collection Réponses.

[20]TOURNE C.-E. – Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle – Montpellier – Editions Sauramps médical – 2002 – 481p

ARTICLES

[21]BERNARD M.-R. – Construction de la maternité et analgésie péridurale per partum : étude des corrélations entre le niveau de sensibilité des femmes pendant l'accouchement et la construction précoce des liens mère-enfant – "Les dossiers de l'obstétrique" – 2006 – vol 33 n°352 – p.15-24

[22]BLONDEL B., SUPERNANT K., du MAZAUBRUN C., Gérard BRÉART G., VILAIN A., de PERETTI C., HERBET J.-B. – La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. – "Etudes et résultats" – 2005 – n°383 – p.1-8

[23] BOOG Georges – Controverse autour de la péridurale : contre la généralisation de l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement. – "Profession sage-femme" – 2010 – n° 162 – p.20-25

[24]BOURDAIS F. – Projets d'accouchement du transitif, indirect et direct, à la transition – "Les dossiers de l'obstétrique" – 2009 – Vol 36 n°388 – p.25-31

[25]BREMENT S., GIARD C., RACINET C. – Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnatals : Enquête de type avant/après dans une maternité de niveau 2A. – "La revue sage-femme" – 2005 – Vol 4 n°3 – p.115-123

[26]CARRICABURU D. – De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. – «Sociologie du travail» - 2005 – *vol.47 n°2* – p.245-262 - *Elsevier*

[27]COLLET Marc – Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement – "Etudes et résultats" – 2008 – n°660 – p.1-6

[28]COLMANT C., FRYDMAN R. – Débat. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2009 – Vol 37 n°2 – p.195-199

[29]DESPRATS R. – Controverse autour de la péridurale. Pour la péridurale : 70% ou plus. - "Profession sage-femme" – 2010 – n° 162 – p.27-30

[30]GRANDIN V. – Comment conserver une dimension humaine dans une structure de 4400 naissances ? – « Les dossiers de l'obstétrique » - 2005 – n°340 – p.20-22

[31]KOPFF-LANDAS A., MOREAU A., SEJOURNE N., CHABROL H. – Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2008 – Vol 36 n°11 – p.1101-1104

[32]LANDAIS M. – Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur – «Les dossiers de l'obstétrique» - 2005 – n°340 – p.12

[33]LANGER B., GAUDINEAU A., WEINGENTNER A.-S., DAVID E. – Débat. Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2009 – Vol 37 n°2 – p.200-203

[34]LE GRAND-SEBILLE C. – Anthropologie de la douleur pendant l'accouchement. – «Les dossiers de l'obstétrique» - 2005 – n°340 – p.4-7

[35]LEMAY C. – Le risque de naître. – « Les dossiers de l'obstétrique ». – 2006 – n°349 – p.6-13

[36]LE RAY C, GOFFINET F, PALOT M, GAREL M, BLONDEL B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. "Birth" 2008; 35: 171-178.

[37]MARPEAU L. – Débat. Accoucher en toute humanité et/ou en toute sécurité ? – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2009 – Vol 37 n°2 – p194

[38]MIGNOT S. – Enquête. Les femmes livrent leur vécu – "Profession sage-femme" – 2010 – n° 162 –p.36-38

[39]MOREAU A., KOPFF-LANDAS A., SEJOURNE N., CHABROL H. – Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2009 – Vol 37 n°3 – p.236-239

[40]PANEL P. – Qu'est-ce qu'un accouchement (suite) ? – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2008 – Vol 36 n°11 – p.1070-1072

[41]POURPRIX Claire. - Natalité. Une autre façon de vivre l'accouchement. – "Objectif soins" – 2006 - n°148 – p.15-16

[42]RICHARD-GUERROUDJ N. – Belgique. Les sages-femmes rénovent la profession. – "Profession sage-femme" – 2007 – n°137 – p.36-38

[43]SCHWEYER F.-X. – La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. – «Sciences sociales et Santé» - 1996 – Vol. 14 – n°3 – p.67-102

[44]TEURNIER F. – Convenance ou offre de soins. – «Les dossiers de l'Obstétrique» - 2005 – n°340 – p.15

[45]TOURNE C.-E. – La douleur de l'accouchement pour qui ? pour quoi ? – «Les dossiers de l'obstétrique» - 2005 – n°340 – p.8-11

[46]TOURNE C.-E. – La douleur de l'accouchement pour qui ? pour quoi ? – «Les dossiers de l'obstétrique» - 2005 – n°341 – p.32-35

[47]THEVENOT J. – Qu'est-ce qu'un accouchement ? – "Gynécologie Obstétrique & Fertilité" – 2008 – Vol 36 n°7/8 - p.712-713

TEXTES OFFICIELS

[48]Circulaire DGS/SDO/OA n°38 - 29/07/1992 – Relative au code de déontologie des sages-femmes

[49]Décret n°91-779 - 8 août 1991 - Code de déontologie des sages-femmes, modifié par le décret nº 97-503 du 21 mai 1997

DOCUMENTS NON PUBLIES

[50]CORNILLOT Florence – La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement – Mémoire de l'école de sage-femme de Rouen. – 1998

[51]DE FREITAS Vanessa – Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale au CHU de Rouen : étude de 100 patientes. – Mémoire de l'école de sage-femme de Rouen. – 2008

[52]HACHIN Mathilde – Le projet d'accouchement et son retentissement sur le vécu de l'accouchement. – Mémoire de l'école de sage-femme de Rouen. – 2006

AUTRES SOURCES

Webographie

[53]AUDIPOG - Statistiques concernant les taux d'anesthésies maternelles - http://audipog.inserm.fr/tab-stat.php consulté en Novembre 2010

[54]Conseil national de l'Ordre des sages-femmes - http://www.ordre-sages-femmes.fr/grand.htm consulté en Mars 2010

[55]Doulas de France – Accompagner la naissance - http://www.doulas.info/index.php consulté en Décembre 2010

[56] HAS - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées – Recommandations de bonnes pratiques - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees?portal=c_63456 consulté en Mars 2010

[57]HAS - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) – Recommandations professionnelles – Novembre 2005 - http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_269939 consulté en Mars 2010

[58]JACQUES B. - De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? - http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/391/02.htm consulté en Décembre 2010

[59]LECART C. – La gynécologie-obstétrique : 50 ans d'histoire - http://www.md.ucl.ac.be/histoire/livre/gyne.pdf consulté en Décembre 2010

[60]MERCIER F. J. – Douleur du travail et de l'accouchement : place de l'analgésie péridurale - http://www.cnrd.fr/Douleur-du-travail-et-de-l.html consulté en Novembre 2010

[61]Ministère de la Santé et de la protection sociale - PLAN « périnatalité » 2005 – 2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité – Novembre 2004 - http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat2005_2007.pdf consulté en Mars 2010

[62]Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique - La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité – Janvier 1994 - http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat1994.pdf consulté en Mars 2010

[63]POITEL B. – Péridurale : choisir en connaissance de cause – 2ème édition - http://portail.naissance.asso.fr/docs/peridurale-choisir.pdf consulté en Septembre 2010

[64]SFAR / CNGOF - L'anesthésiste-réanimateur doit-il exiger la présence de l'obstétricien lors de la mise en place d'une analgésie péridurale durant le travail ? - Septembre 2000 - http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_02.HTM consulté en Mars 2010

[65] TORRIELLI R. – L'anesthésie péridurale pour l'accouchement par voie basse - www.alrf.asso.fr/site/obstetrique/alr/b_alr.htm consulté en Mars 2010

Recommandations - Protocoles

[66]MARTIS R. - Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement : Commentaire de la Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé - dernière révision : 8 septembre 2007

[67]BARTHELEMY A., Dr PROVOST D., Pr MARPEAU L. – Utilisation en obstétrique du M.E.O.P.A./KALINOX® - CHU de Rouen

Annexe :

Le questionnaire

Accompagnement des parturientes et analgésie péridurale.

Questionnaire.

Mesdames et Messieurs les sages-femmes,

En tant qu'étudiante sage-femme en dernière année d'études, je voudrais répondre par le biais de mon mémoire de fin d'études à une question : pourquoi notre accompagnement des parturientes me semble-t-il différent une fois que celles-ci ont bénéficié de la pose d'une analgésie péridurale ?

Pour cela, votre aide m'est nécessaire, en répondant à ce questionnaire. Celui-ci est anonyme et divisé en 5 parties.

Merci de bien vouloir répondre à ces questions dans l'ordre du questionnaire, pour pouvoir vous projeter dans les situations décrites.

Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez, estimé entre 10 et 15 minutes.

Vous

1. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? ……

2. Dans quel établissement exercez-vous ? ……

3. Dans quel service ?.....

4. Si vous n'exercez pas, actuellement, en salle de naissance, quand y avez-vous exercé pour la dernière fois ? ……..

5. Quel est le taux d'analgésies loco-régionales de votre établissement d'exercice ? ……..

Accompagnement

6. Vous présentez-vous systématiquement lors du premier contact ?
   - ☐ oui
   - ☐ non

   Si oui, comment vous présentez-vous ?
   - ☐ Par votre prénom
   - ☐ Par vos nom et prénom
   - ☐ Par votre profession
   - ☐ Autre : ……

7. Pour vous, qu'est-ce qu'être présent auprès d'un couple ? (une réponse possible)
   - ☐ Rester avec eux autant que possible
   - ☐ Se rendre disponible
   - ☐ Laisser en intimité le couple
   - ☐ Autre : ……

8. Pour rassurer une parturiente angoissée : (une réponse possible)
   - ☐ Vous rationnalisez la source de l'angoisse, vous lui dites qu'il n'y a pas de raison de s'angoisser ainsi
   - ☐ Vous essayez de calmer la patiente par des techniques de relaxation
   - ☐ Vous vous approchez d'elle, et tentez de la tranquilliser par le toucher tout en discutant avec elle
   - ☐ Vous informez le conjoint sur les moyens d'aider la patiente à se relaxer
   - ☐ Vous essayez, par une technique d'écoute active, de comprendre pourquoi cette patiente est angoissée
   - ☐ Autre : ……

9. Avez-vous le sentiment de proposer le même accompagnement à une parturiente bénéficiant d'une péridurale qu'à celle qui n'en a pas?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

10. *Si vous exercez dans un établissement où plusieurs sages-femmes assurent les gardes en salle de naissance :* vous prenez en charge une femme en travail sans péridurale. Cela influence-t-il la répartition des parturientes dans l'équipe ? (une réponse possible)

- ☐ A) Oui : je prends plus de patientes en charge
- ☐ B) Oui : je prends moins de patientes en charge
- ☐ C) Non : une parturiente est une parturiente.

11. *Si vous avez répondu A) à la question 10 :* pourquoi la patiente sans péridurale vous prend-elle moins de temps que celle avec ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Elle ne nécessite pas de surveillance particulière
- ☐ Elle est plus autonome et gère son travail à sa façon
- ☐ Pour la laisser en couple, ne pas la déranger, dans cet effort pour un accouchement naturel
- ☐ Renfermée sur elle-même, vous ne pouvez lui être d'aucune aide, elle est concentrée mais « imperméable » à l'extérieur
- ☐ Autre :

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

12. *Si vous avez répondu B) à la question 10 :* pourquoi la patiente sans péridurale vous prend-elle plus de temps que celle qui en bénéficie ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Parce qu'elle a besoin de votre présence, d'être guidée et encouragée
- ☐ Parce qu'elle le demande
- ☐ Pour proposer un moyen de la soulager par d'autres méthodes
- ☐ Pour maintenir l'enregistrement du RCF malgré sa mobilité, son agitation
- ☐ Pour ne pas laisser le conjoint (l'accompagnant) seul face à cette douleur
- ☐ Pour la rassurer, la réconforter
- ☐ Autre :

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

13. Si vous avez répondu A) ou B) à la question 10 : pourquoi ne passez-vous pas le même temps avec les deux patientes ?

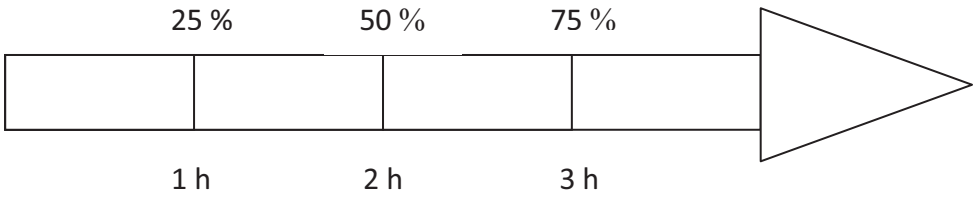
- ☐ Elles n'ont pas les même besoins
- ☐ Elles ne demandent pas la même surveillance médicale
- ☐ Par manque de temps : si c'était possible, vous resteriez autant avec les deux.

14. Vous êtes face à une primipare en travail dont le projet initial est d'accoucher sans péridurale. Elle ne présente pas d'indication médicale particulière à sa pose, mais vous semble très algique à 6 cm de dilatation *(si plusieurs réponses, les numéroter par ordre croissant d'action)*:

- ☐ Vous proposez de nouveau la péridurale
- ☐ Vous essayez de savoir si une peur particulière inspire son refus
- ☐ Vous conseillez la péridurale car le travail peut encore être long
- ☐ Vous lui proposez des changements de position, une douche, un bain
- ☐ Vous faites participer le conjoint par des massages et pour guider la respiration

<u>L'accompagnement des femmes AVEC une péridurale</u>

15. Vous avez suivi une parturiente dont la pose de l'APD et le début des efforts expulsifs sont espacés de 4 heures. Représentez la part de ce temps que vous avez passé auprès d'elle :



16. Avez-vous l'impression que la capacité à communiquer de la parturiente soit modifiée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. En dehors de la surveillance clinique et/ou paraclinique, voici 10 façons d'accompagner ces patientes. Classez dans l'ordre croissant celles <u>que vous utilisez</u>, selon l'ordre de vos priorités :

a) Améliorer le confort (massages, bain, …) ..... : …..

b) Améliorer la détente (musique) ..... : …..

c) Répondre tant que possible aux sollicitations de la patiente ..... : …..

d) Laisser se reposer tant que possible ..... : …..

e) Proposer du protoxyde d'azote (MEOPA, Kalinox) ..... : …..

f) Proposer changements de position, ballon, corpomed ..... : …..

g) Discuter du projet d'accouchement ..... : …..

h) Discuter de sujets divers : la famille, la grossesse, emploi ..... : …..

i) Expliquer le déroulement du travail, les possibilités de positions pour l'accouchement ..... : …..

j) Profiter des renseignements administratifs à demander pour un échange avec la parturiente ..... : …..

18. Est-ce que cet ordre est modifié la nuit ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quelle est votre priorité ?

☐a	☐e	☐i
☐b	☐f	☐j
☐c	☐g	
☐d	☐h	

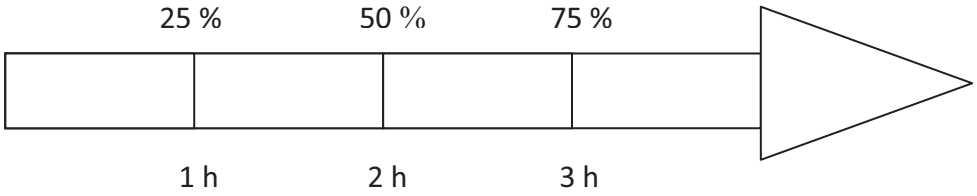
19. Retournez-vous voir ces patientes en suites de couches ?

☐ Oui

☐ Non

L'accompagnement des femmes SANS péridurale

20. Vous avez suivi une parturiente pour laquelle 4 heures se sont écoulées entre l'arrivée et le début des efforts expulsifs. Représentez la part de ce temps que vous avez passé auprès d'elle :



21. Avez-vous l'impression que la capacité à communiquer de la parturiente soit modifiée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22. En dehors de la surveillance clinique et/ou paraclinique, voici 10 façons d'accompagner ces patientes. Classez dans l'ordre croissant celles <u>que vous utilisez</u>, selon l'ordre de vos priorités :

a) Améliorer le confort (massages, bain, …) ..... : …..

b) Améliorer la détente (musique) ……. : …..

c) Répondre tant que possible aux sollicitations de la patiente…… : …..

d) Laisser se reposer tant que possible ……. : …..

e) Proposer du protoxyde d'azote (MEOPA, Kalinox) …… : …..

f) Proposer changements de position, ballon, corpomed …… : …..

g) Discuter du projet d'accouchement …… : …..

h) Discuter de sujets divers : la famille, la grossesse, emploi …… : …..

i) Expliquer le déroulement du travail, les possibilités de positions pour l'accouchement…… : …..

j) Profiter des renseignements administratifs à demander pour un échange avec la parturiente …… : …..

23. Est-ce que cet ordre est modifié la nuit ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quelle est votre priorité ?

☐a	☐e	☐i
☐b	☐f	☐j
☐c	☐g	
☐d	☐h	

24. Retournez-vous voir ces patientes en suites de couches ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Comparaison

25. *Si vous avez exercez en salle de naissance avant 1995 :* pensez-vous que l'omniprésence actuelle de l'analgésie péridurale ait modifié le rôle d'accompagnement de la parturiente par la sage-femme ? Si oui, en quoi ?

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

26. *Si vous avez débuté votre exercice après 1995 :* vous sentez-vous à l'aise dans l'accompagnement des femmes sans péridurale…

- ☐ Toujours ?
- ☐ Le plus souvent ?
- ☐ De temps en temps ?
- ☐ Jamais ?

27. Selon vous, le fait que la parturiente ait suivi une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) influence-t-il sa façon de gérer son travail sans péridurale ou en attendant la péridurale ?

- ☐ Oui, elle gère mieux
- ☐ Non, ça ne change rien
- ☐ Oui, elle gère moins bien.

A nouveau, je vous remercie sincèrement de votre participation.

A l'heure actuelle, 78 % des patientes accouchent sous analgésie péridurale. Au cours de notre formation, nous avons remarqué une différence dans l'accompagnement des patientes avec et sans péridurale. Nous nous sommes interrogés :

- Les sages-femmes ont-elles aussi remarqué cette différence ?

En effet, les sages-femmes considèrent bel et bien qu'elles proposent deux accompagnements différents, avec des priorités de prise en charge différentes et une diminution significative du temps consacré aux patientes sous péridurale, plus autonomes.

- Pourquoi l'accompagnement d'une femme en travail devrait-il être différent en fonction d'une méthode analgésique ?

D'après les sages-femmes interrogées, le soulagement de la douleur induit une modification des besoins des parturientes. Les sages-femmes décrivent aussi un manque de temps et une importante influence de l'activité du service sur leur disponibilité pour les patientes.

Mots-clés :

- Accompagnement ;
- Sage-femme ;
- Analgésie péridurale ;
- Accouchement.