



HAL
open science

La déambulation pendant le travail : état des lieux de la pratique à la maternité des hôpitaux du Léman

Cyndel d’Incau

► **To cite this version:**

Cyndel d’Incau. La déambulation pendant le travail : état des lieux de la pratique à la maternité des hôpitaux du Léman. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01349664

HAL Id: dumas-01349664

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01349664>

Submitted on 28 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**La déambulation pendant le travail :
état des lieux de la pratique à la maternité des
hôpitaux du Léman**

Mémoire soutenu le 20 juin 2016

Par : D'INCAU Cyndel

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2016

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**La déambulation pendant le travail :
état des lieux de la pratique à la maternité des
hôpitaux du Léman**

*Ambulation during labor :
current state of the practice in the maternity ward of
Thonon-Les-Bains*

Mémoire soutenu le 20 juin 2016

D'INCAU Cyndel

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2016

RESUME

OBJECTIFS : Identifier les caractéristiques influençant la déambulation en salle d'accouchement, évaluer la satisfaction des patientes ayant déambulé par rapport à celles ne l'ayant pas fait et identifier les motivations maternelles.

POPULATION ET METHODE : Une étude transversale, rétrospective et descriptive avec une analyse comparative entre deux groupes (les femmes ayant déambulé et celles ne l'ayant pas fait) a été réalisée à la maternité de Thonon-Les-Bains.

RESULTATS : Les facteurs statistiquement associés à la déambulation étaient la nationalité française, les informations reçues sur la possibilité de déambuler, l'incitation à la déambulation et l'envie de déambuler. « Le conjoint » était l'élément facilitant le plus souvent cité et « La fatigue » était l'élément limitant le plus souvent cité. La satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail n'était pas statistiquement différentes entre les deux groupes. Concernant les motivations maternelles à la déambulation, la raison la plus souvent citée était « Parce qu'elles voulaient accélérer le travail ».

CONCLUSION : Toute parturiente ayant envie de déambuler, recevant les informations sur la possibilité de le faire et ayant été incitée à le faire devrait pouvoir déambuler en salle d'accouchement si son travail est eutocique.

MOTS-CLES : analgésie péridurale ambulatoire, déambulation, vécu des femmes, mobilité

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify characteristics influencing ambulation in the delivery room, to compare the satisfaction of patients that have ambulated and those that have not and to identify the maternal motivations.

POPULATION AND METHODS: A cross-sectional, retrospective and descriptive study, with a comparative analysis between two groups (women who have ambulated and those that have not) was undertaken in the maternity ward of Thonon-Les-Bains.

RESULTS: The factors statistically associated with ambulation were of French nationality, the information received on the ability to ambulate, incitement and desire to ambulate. The facilitating element most cited was "The presence of the husband" and the limiting element most cited was "Tired". Concerning the satisfaction, there was no statistical difference between the "ambulation" group and the "no ambulation" group. Regarding maternal motivation to ambulate, the most often cited reason was "Because they wanted to speed up the labor."

CONCLUSION: Any woman in labor who wants to walk, who receives the information on ambulation and has been encouraged to do so, could ambulate in the delivery room if her labor is eutocic.

KEYWORDS: Walking epidural analgesia, ambulation, experienced women, mobility

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Président du Jury ;

Mme le Dr Véronique EQUY, Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Co-Présidente du Jury ;

Mme Marion OUIDIR, Sage-Femme Doctorante à l'Institut Albert Bonniot de l'Université Grenoble Alpes, Membre Invité du Jury ;

M. le Dr Richard FAITG, Médecin anesthésiste-réanimateur au C.H.I. Hôpitaux du Léman de Thonon-Les-Bains, Membre du RP2S, Directeur de ce mémoire ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement,

M. le Dr Richard FAITG, Médecin anesthésiste-réanimateur au C.H.I. Hôpitaux du Léman de Thonon-Les-Bains, Membre du RP2S, Directeur de ce mémoire ;

Qui a été une source d'inspiration pour ce mémoire et dont la grande disponibilité, le soutien et les conseils ont été une force dans la réalisation de celui-ci ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directrice de ce mémoire ;

Pour ses conseils au cours de la conception de ce mémoire malgré la distance ;

M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, professeur référent de la promotion 2012-2016 ;

Pour sa disponibilité, son encadrement et son enseignement au cours de ces quatre années d'études ;

Mme Véronique REBOUL et l'ensemble des sages-femmes de la maternité des Hôpitaux du Léman ;

Pour leur aide précieuse dans la conception et la distribution du questionnaire ayant permis la réalisation de ce mémoire ;

Je remercie également,

Ma famille ;

Pour leur soutien au cours de ces années d'études ;

Hugo ;

Pour sa patience, son soutien sans faille et son aide dans les moments durs ;

Mes amies de la promotion 2012-2016 ;

Pour leur amitié, pour ces moments de rire et de joie et pour tous ces souvenirs mémorables.

Sommaire

ABREVIATIONS	2
I. INTRODUCTION	3
1. L'histoire de la déambulation et de l'analgésie péridurale pendant le travail.....	3
2. Problématique actuelle	5
3. Hypothèses et objectifs.....	5
II. MATERIEL ET METHODE.....	6
1. Type d'étude.....	6
2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion	6
3. Recueil des données	6
4. Critères de jugement.....	7
5. Analyses statistiques	7
III. RESULTATS	8
1. Eléments influençant la déambulation	8
a. Caractéristiques générales de la population.....	8
b. Caractéristiques liées au travail	12
c. Eléments limitant et éléments facilitant la déambulation	13
2. Satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail et de la déambulation.....	15
3. Motivations maternelles à la déambulation.....	17
IV. DISCUSSION	18
1. Limites et biais de l'étude	18
2. Discussion des résultats.....	19
a. Résultats généraux	19
b. Eléments influençant la déambulation.....	20
c. Satisfaction vis-à-vis du travail et de la déambulation	22
d. Motivations à la déambulation	22
3. Intérêt de l'étude.....	22
V. CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	26
ANNEXES	30

ABREVIATIONS

APD : Analgésie péridurale

APDA : Analgésie péridurale ambulatoire

ATCD : Antécédent

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CSE : Combined spinal and epidural anaesthesia (Rachi-péridurale combinée)

HDL : Hôpitaux du Léman

IMC : Indice de masse corporelle

IMG : Interruption médicale de grossesse

MFIU : Mort fœtale in utero

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCEA : Patient-Controlled Epidural Analgesia (Analgésie contrôlée par le patient)

SDC : Suites de couches

SDN : Salle de naissance

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SOGC : Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

I. INTRODUCTION

1. L'histoire de la déambulation et de l'analgésie péridurale pendant le travail

Au cours du temps, la parturition de l'Homme s'est complexifiée, contrairement à celle des autres animaux, à cause de deux mécanismes de l'évolution : la bipédie modifiant l'architecture du bassin et le développement de la taille du cerveau [1, 2, 3]. Naturellement, les femmes ont cherché à adopter des positions présumées facilitantes pour accoucher et pour les soulager durant le travail ; les positions verticales ou semi-verticales étaient le plus souvent utilisées dans les communautés archaïques [1, 4]. Louise BOURGEOIS (1563-1638) écrivait : « Les femmes devraient marcher le plus possible pendant la phase de dilatation pour que cela fasse descendre la progéniture le plus bas possible » [5].

Les progrès de l'obstétrique amènent les femmes à partir du XVIIème siècle à adopter la position allongée pour l'accouchement. En effet, en 1668 François MAURICEAU proposait dans « Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées » d'allonger en décubitus dorsal les parturientes afin de faciliter les manœuvres obstétricales et la surveillance du périnée. Toutefois, il conseillait dans ce même ouvrage la déambulation pendant le travail [6]. Avec l'évolution de la société et des mentalités, une nouvelle problématique apparaît : celle de soulager les femmes de la douleur de l'accouchement. Longtemps, cette douleur a été considérée comme normale voire nécessaire du fait des représentations de la femme et de son histoire : « [Dieu] dit à la femme: J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur. (Genèse 3:16) » [7]. Il a fallu des années pour qu'on accorde la même attention à la douleur considérée comme « naturelle » de l'accouchement qu'à la douleur d'origine pathologique. C'est ainsi qu'à partir des années 1970 apparaît l'analgésie péridurale (APD) en obstétrique [8]. Véritable révolution dans la prise en charge de la douleur, l'APD va finalement imposer le décubitus aux parturientes durant tout le travail et l'accouchement pour des questions de sécurité. En effet, le bloc moteur qui était l'un de ses effets indésirables, pouvait être dangereux si la patiente se mobilisait. Ainsi, la déambulation passe au second plan et est pratiquée uniquement par certaines parturientes sans APD.

Aujourd'hui, l'APD est donc la solution de référence pour soulager la douleur en salle d'accouchement. En France, le taux d'accouchements sous APD est en constante augmentation : il était de 66,5% en 1998, 74,9% en 2003 et est passé à 81,4% en 2010 [9].

Elle est aujourd'hui considérée comme la technique plus efficace pour diminuer les douleurs maternelles, comparée aux autres alternatives [10, 11]. Depuis le début de son utilisation, de nombreux travaux se sont intéressés au retentissement de l'APD sur le travail obstétrical. Elle a longtemps été accusée d'avoir un effet négatif sur différents paramètres (tel que l'allongement des 1er et 2ème stades du travail, l'augmentation du taux d'extraction instrumentale et du taux de césarienne [12,13]). En réalité, ses effets sur la mécanique obstétricale dépendent essentiellement de la nature et de la concentration des produits injectés et donc du bloc moteur induit [14]. Aujourd'hui, la disparition du bloc moteur au décours d'une APD obstétricale obtenue suite à l'évolution des produits anesthésiques et à leur utilisation à de plus faibles concentrations, permet de minimiser les conséquences obstétricales. Dans les années 90, une nouvelle technique d'APD apparaît : l'« analgésie péridurale ambulatoire » (APDA). La première étude s'intéressant spécifiquement à ce sujet date de 1993. Trois parturientes reçoivent une APD combinée à une rachianesthésie (CSE). Déambulation et analgésie ne sont plus incompatibles. Lors de cette première étude, l'impact obstétrical n'est pas évalué, seule la satisfaction maternelle semble être le principal intérêt. La pratique se développe ensuite et plusieurs techniques apparaissent : le plus souvent, ce sont des techniques d'APD seule avec un anesthésique local faiblement dosé combiné à des adjuvants et l'entretien se fait par réinjections, infusion continue ou PCEA [15].

La déambulation sous APD s'adresse aux patientes sans pathologie personnelle et fœtale selon une procédure définie en espace naissance. Durant celle-ci, le rythme cardiaque fœtal peut être surveillé continue (télésurveillance) ou discontinue et la parturiente doit être accompagnée [16]. Les protocoles d'APDA divergent (produits, doses et techniques différents) mais le résultat escompté est commun : permettre aux femmes de se mobiliser tout en étant soulagées.

L'impact de la déambulation sur le déroulement du travail que ce soit sous APDA ou non a été beaucoup étudié. Même si les réponses sont encore très nuancées du fait des importantes variations entre les études et des paramètres pris en compte, certaines montrent un intérêt à la déambulation. Toutes les études réalisées sur le sujet montrent que l'APDA permet des mictions spontanées et donc une diminution des sondages urinaires évacuateurs qui pourraient être source d'infection [17, 18] et d'inconfort. De plus, la satisfaction maternelle est supérieure quand celles-ci ont pu avoir recours à l'APD [19, 20]. Concernant le déroulement du travail, les résultats des études sont contrastés. La déambulation augmenterait la contractilité utérine : une heure de déambulation aurait le même effet qu'une heure

d'ocytocine sur la contractilité utérine sur un travail qui ne progresse pas [21]. La déambulation diminuerait la compression aortocave et les anomalies du rythme cardiaque fœtal [22] et diminuerait aussi le risque thrombo-embolique [23]. Il y aurait également une diminution des besoins analgésiques lorsque les femmes déambulent [24, 22]. De plus, certaines études montrent une diminution de la durée de la première partie du travail [25] alors que d'autres non [26] ; ainsi qu'une diminution de la durée de la deuxième partie du travail [27]. Bien que les résultats des études soient contrastés concernant les effets bénéfiques, toutes s'accordent sur l'absence d'effet délétère pour la mère ou le fœtus.

2. Problématique actuelle

Si la déambulation est désormais possible sous APD, force est de reconnaître que peu de maternités l'utilisent en France : seulement 6% des femmes auraient bénéficié d'une APDA en 2013 d'après une enquête du CIANE [28]. En effet, elle implique de repenser l'accompagnement des parturientes et nécessite une réelle implication de l'ensemble du personnel soignant.

De plus, même dans une maternité où cela est possible comme à la maternité des Hôpitaux du Léman (HDL) à Thonon-Les-Bains (74), on constate que celles-ci ne le font pas forcément. Notre étude va donc s'intéresser aux caractéristiques influençant cette déambulation pendant le travail, aux éléments la limitant et aux éléments la facilitant ainsi qu'aux raisons de la déambulation, que ce soit avec APD ou sans APD.

3. Hypothèses et objectifs

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les caractéristiques influençant la déambulation avec ou sans APD en salle d'accouchement durant la première phase de travail.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction des patientes ayant déambulé par rapport à celles ne l'ayant pas fait et d'identifier les motivations maternelles à la déambulation.

Nous avons formulé comme hypothèses de recherche que l'APD n'est pas un élément limitant la déambulation pour les patientes et que la sage-femme joue un rôle prédominant et en est le principal élément facilitant. Nos autres hypothèses étaient que la satisfaction maternelle était supérieure si les femmes avaient pu se mobiliser et que la raison principale de la déambulation était le bien-être ressenti lors de cette pratique.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Ce travail est le résultat d'une étude déclarative de type transversal à visée descriptive avec un volet analytique comparative entre deux groupes : les femmes ayant déambulé et celles ne l'ayant pas fait. Elle était rétrospective, monocentrique et menée entre le 20 octobre 2015 et le 31 janvier 2016 à la maternité des HDL à Thonon-Les-Bains (niveau II).

2. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets inclus dans cette étude étaient des femmes ayant accouché par voie basse après 37 SA, à la maternité des HDL durant la période de l'étude.

Les sujets exclus étaient les femmes non francophones, les mineures et celles refusant de participer à l'enquête. Les femmes ayant accouché prématurément avant 37 SA, celles ayant accouché par césarienne ou de façon instrumentale et celles ayant eu une IMG ou une MFIU ont été aussi exclues. La gémellarité et la présentation du siège étaient deux facteurs d'exclusion supplémentaires.

3. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par la distribution d'un questionnaire anonyme standardisé, sur la période du 20 octobre 2015 au 31 janvier 2016 à la maternité des HDL. Un accord a été demandé à la sage-femme cadre de salle d'accouchements avant de débiter l'étude.

Le questionnaire (annexe 1) ne comprenait que des questions courtes à choix multiples ou à réponses ouvertes, qui étaient regroupées en trois parties concernant:

- les caractéristiques générales des patientes
- leur projet de naissance
- le déroulement de l'accouchement

Les patientes ont été recrutées systématiquement en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion précédemment décrits. Le questionnaire a été distribué aux patientes par plusieurs enquêteurs : les sages-femmes de Thonon-Les-Bains en salle de naissance (SDN) en post-partum immédiat et une étudiante sage-femme de 5ème année en suites de couches (SDC) dans le cas où les patientes n'avaient pas reçu le questionnaire en salle de naissance.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était les différences significatives pour les variables susceptibles de correspondre à des facteurs influençant la déambulation, entre le groupe « déambulation » (ensemble des femmes ayant déambulé) et le groupe « pas de déambulation » (ensemble des femmes n'ayant pas déambulé).

Les critères de jugement secondaires étaient la différence statistique concernant la satisfaction entre le groupe « déambulation » (ensemble des femmes ayant déambulé) et le groupe « pas de déambulation » et les différentes proportions des raisons de la déambulation.

5. Analyses statistiques

Les données de l'étude ont été saisies de façon anonyme et analysées à l'aide du logiciel R et du logiciel Statview ® (version 5.0). Les figures ont été créées grâce au logiciel Microsoft Excel ® 2007.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et d'écart-types.

L'analyse des données a été réalisée par comparaison entre elles de plusieurs distributions observées grâce au test statistique du Chi2. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs ou égaux à cinq, la comparaison entre elles des distributions observées a été réalisée grâce la probabilité exacte de Fisher. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque la p-valeur était strictement inférieure à 0,05.

III. RESULTATS

1. Eléments influençant la déambulation

a. Caractéristiques générales de la population

Notre enquête a porté sur 119 femmes ayant accouché à la maternité des HDL à Thonon-les-Bains durant la période de l'étude, c'est-à-dire du 20 octobre 2015 au 31 janvier 2016. Le diagramme d'inclusion en Figure 1 présente la sélection de la population d'étude. Certaines patientes pouvaient présenter plusieurs critères d'exclusion.

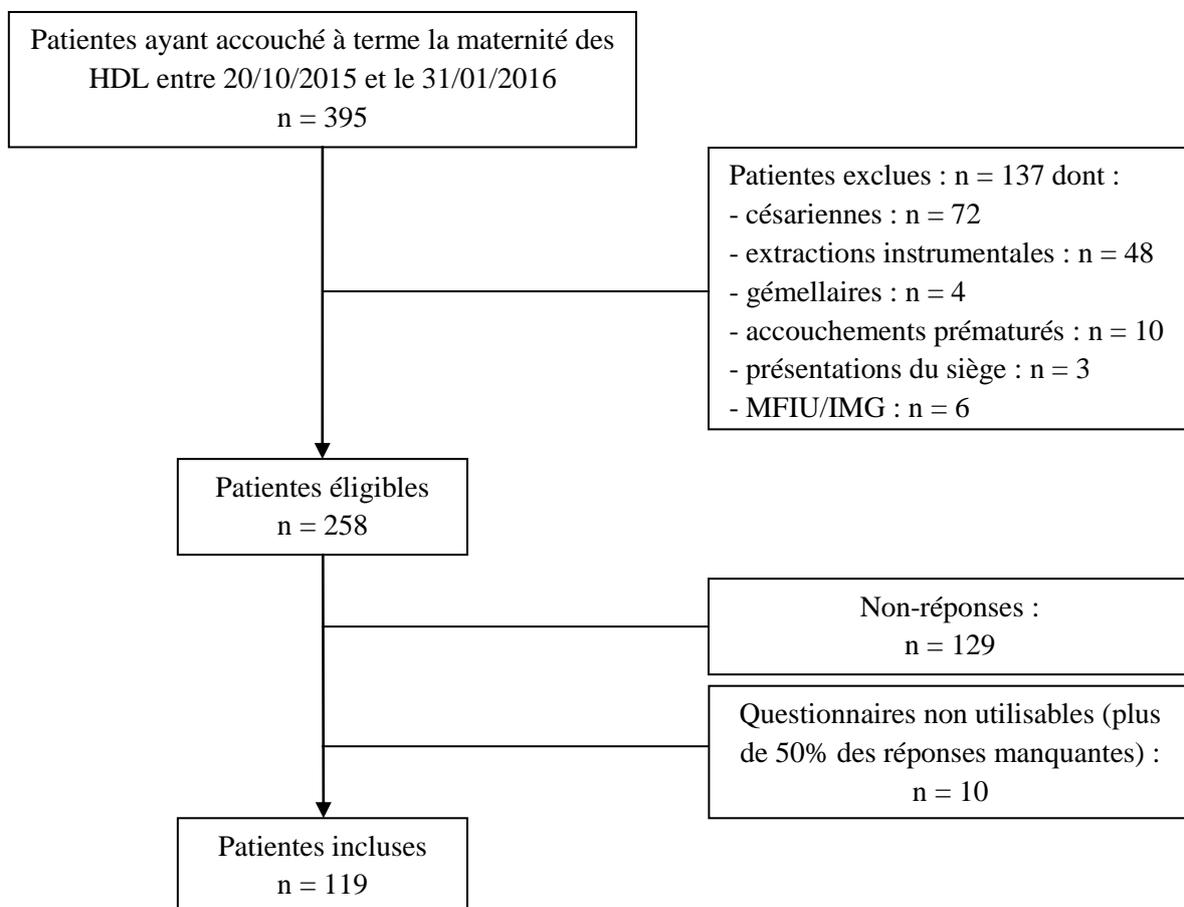


Figure 1 - Flow-chart

Le tableau I présente les caractéristiques générales de la population étudiée et compare les différences entre les caractéristiques du groupe « déambulation », c'est-à-dire les femmes ayant déambulé en salle d'accouchement et celles du groupe « absence de déambulation », c'est-à-dire les femmes n'ayant pas déambulé en salle d'accouchement. L'âge des femmes variait entre 20 et 43 ans avec une moyenne de 30,9 +/- 4,8 ans.

On ne note pas de différence statistiquement significative entre le groupe « déambulation » et le groupe « absence de déambulation » concernant l'âge, la parité, l'IMC et le niveau d'études. Les deux groupes n'étaient pas non plus statistiquement différents pour les ATCD d'accouchement à la maternité des HDL et les ATCD de mobilisation pour les multipares. En revanche, la nationalité influe de manière statistiquement significative sur la déambulation ou la non déambulation ($p = 0,02$) : les femmes de nationalité française déambulaient plus que les femmes d'une autre nationalité.

Tableau I - Caractéristiques générales de l'échantillon et résultats comparatifs des groupes « déambulation » et « absence de déambulation »

Paramètres	Echantillon total n = 119	Déambulation n = 59	Absence de déambulation n = 60	P-value
Âge, n (%)				0,68
- < 25ans	8 (6,7)	5 (8,5)	3 (5)	
- 25 – 35 ans	82 (68,9)	41 (69,5)	41 (68,3)	
- > 35 ans	29 (24,4)	13 (22)	16 (26,7)	
Parité, n (%)				0,21
- Primipare	60 (50,4)	30 (50,8)	30 (50)	
- Seconde pare	39 (32,8)	22 (37,3)	17 (28,3)	
- Troisième pare	19 (16)	6 (10,2)	13 (21,7)	
- Quatrième pare et plus	1 (0,8)	1 (1,7)	0 (0)	
Nationalité, n (%)				0,02
- Française	106 (89,1)	57 (96,6)	49 (81,7)	
- Autre	13 (10,9)	2 (3,4)	11 (18,3)	
Niveau d'étude, n (%)				0,07
- Lycée	17 (14,3)	4 (6,8)	13 (21,7)	
- Enseignement supérieur (après BAC)	80 (67,2)	43 (72,9)	37 (61,7)	
- CAP, BEP	22 (18,5)	12 (20,3)	10 (16,7)	
IMC avant la grossesse, n (%) ²				0,85
- Maigre : < 18,5	10 (8,4)	4 (5)	6 (5)	
- Corpulence normale : 18,5 à 25	84 (70,6)	43 (41,7)	41 (42,4)	
- Surpoids : 25 à 30	18 (15,1)	8 (3,5)	10 (9,1)	
- Obésité : > 30	7 (5,9)	4 (8,9)	3 (3,5)	
ATCD d'accouchement à Thonon ¹ , n (%)	45 (76,3)	21 (72,4)	24 (80)	0,70
ATCD de mobilisation ¹ , n (%)	33 (55,9)	16 (55,2)	17 (56,7)	> 0,999

¹ uniquement pour les multipares (n = 59), ² Définis d'après les catégories d'IMC de l'OMS

Le tableau II présente les souhaits et connaissances des patientes concernant l'accouchement et l'APD et compare les différences entre les caractéristiques du groupe « déambulation » et du groupe « absence de déambulation ». L'effectif total était différent selon les variables à cause des données manquantes provenant de questionnaires incomplets.

On ne met pas en évidence de différences statistiquement significatives entre nos deux populations concernant le souhait d'avoir recours à une APD, la réalisation d'une préparation à la naissance, la conception d'un projet de naissance, la connaissance de la possibilité de déambuler sous APD et l'influence de cette connaissance sur le souhait d'avoir recours à une APD.

Tableau II - Souhaits et connaissances concernant l'accouchement et résultats comparatifs des groupes « déambulation » et « absence de déambulation »

Paramètres	Echantillon total n = 119	Déambulation n = 59	Absence de déambulation n = 60	P-value
Souhait d'avoir recours à une APD ² , n (%)	92 (79,3)	44 (75,9)	48 (82,8)	0,49
Préparation à la naissance suivie ¹ , n (%)	89 (76,1)	48 (82,8)	41 (69,5)	0,14
Réflexion sur un projet de naissance ¹ , n (%)	33 (28,2)	20 (34,5)	13 (22)	0,2
Informations durant la grossesse sur l'APDA ¹ , n (%)	72 (61,5)	38 (65,5)	34 (57,6)	0,49
Par ⁴				
- Professionnels de santé	67 (93,1)			
- Entourage	12 (16,7)			
- Recherches personnelles	6 (8,3)			
- Autre	1 (1,4)			
Influence de la connaissance d'APDA sur choix du recours à APD ³ , n (%)	30 (41,7)	16 (42,1)	14 (41,2)	> 0,999

¹ 2 données manquantes, ² 3 données manquantes, ³ n=72, ⁴ Plusieurs réponses étaient possibles

Les femmes ont été interrogées sur les raisons pour lesquelles elles souhaitaient avoir recours ou au contraire ne pas avoir recours à une APD pour l'accouchement et les résultats ont été présentés dans la figure 2 et la figure 3. Plusieurs réponses pouvaient être données par une même patiente.

Les patientes souhaitant avoir recours à l'APD donnaient le plus souvent comme raison « la douleur » (88,4%). Les autres raisons apparaissaient de manière plus anecdotiques : « la fatigue » (10,5%), « le bien-être » (7%), le souhait d' « essayer d'accoucher avec une APD » (2,3%), « une bonne expérience lors d'un précédent accouchement » (2,3%) et « profiter de l'accouchement » (2,3%). Enfin, une patiente souhaitait une APD car elle pouvait « rester mobile grâce à l'APDA » (1,2%) et une à cause d'une « mauvaise expérience » (1,2%).

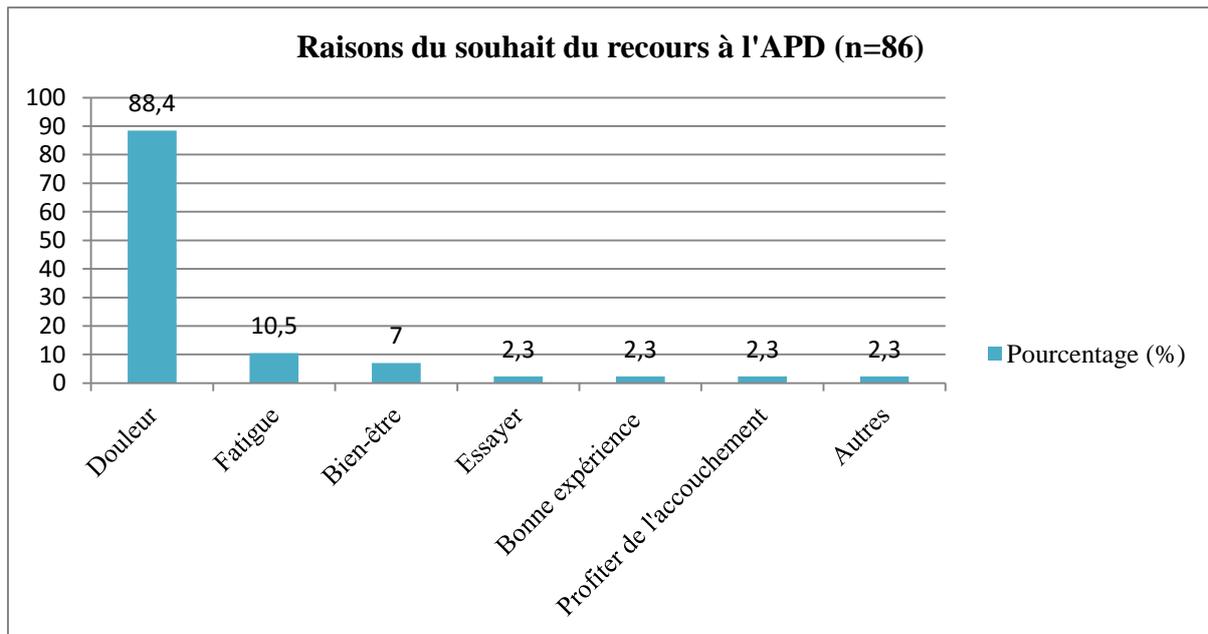


Figure 2 - Raisons du souhait du recours à l'APD

Les femmes ne souhaitant pas avoir recours à une APD donnaient comme raison principale le souhait d'avoir un « *accouchement naturel, moins médicalisé* » (53,1%). Les autres raisons évoquées étaient : « *ressentir l'accouchement* » à égalité avec « *la peur de l'APD* » (25%), puis « *l'allergie/intolérance aux médicaments/anesthésies* » (6,3%), une « *mauvaise expérience d'un premier accouchement avec APD* » (6,3%). Les autres raisons étaient : « *pouvoir aller dans l'eau* » (3,1%), et « *avoir des SDC plus simples* » (3,1%).

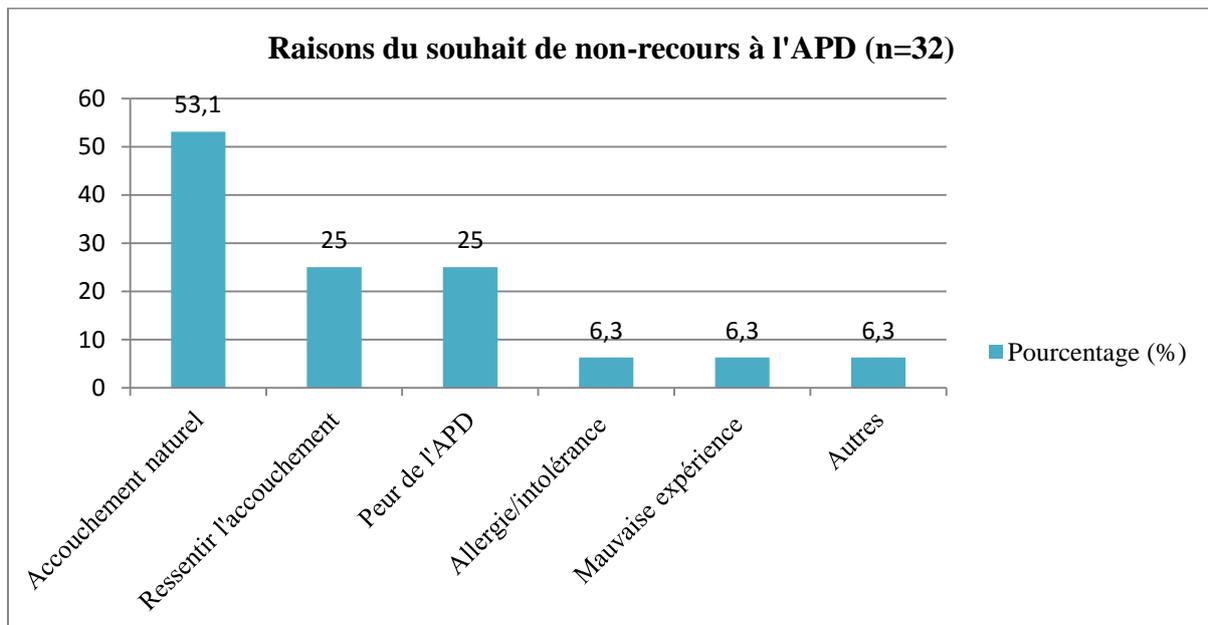


Figure 3 - Raisons du souhait de non-recours à l'APD

b. Caractéristiques liées au travail

Dans la figure 4 sont présentées les positions adoptées par l'ensemble des patientes durant le travail.

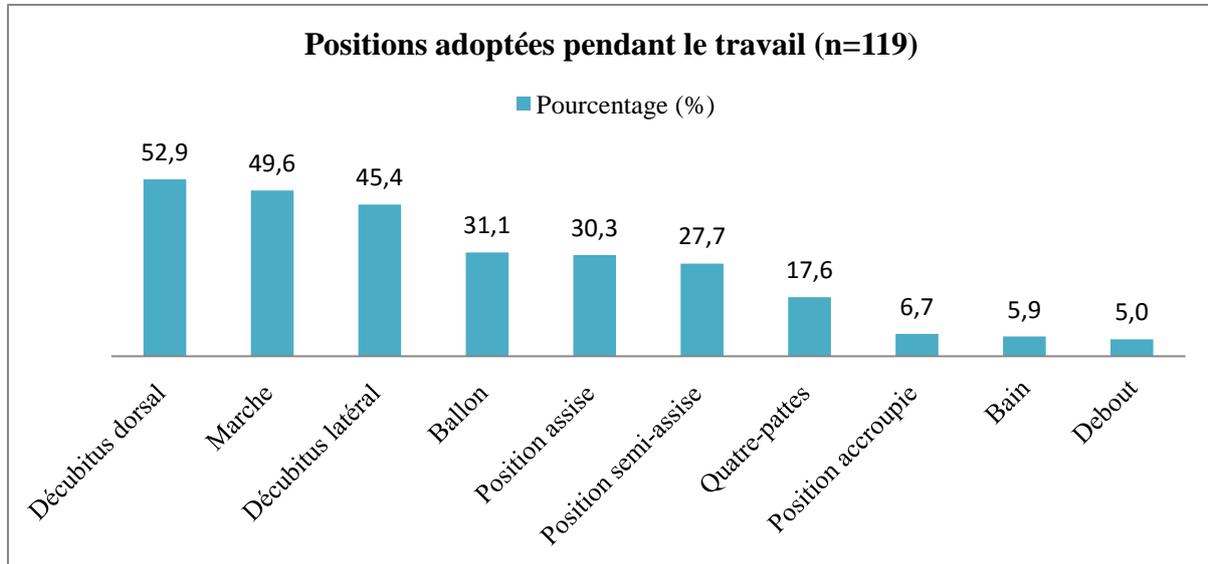


Figure 4 - Positions adoptées par les parturientes de l'ensemble de l'échantillon pendant le travail

Le tableau III présente les caractéristiques liées au travail des patientes et compare les différences entre les caractéristiques du groupe « déambulation » et du groupe « absence de déambulation ». L'effectif total était différent selon les variables à cause des données manquantes provenant de questionnaires incomplets.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes « déambulation » et « absence de déambulation » concernant l'analgésie péridurale, le moment du déroulement du travail et l'accompagnant. En revanche, ils différaient statistiquement pour les informations reçues sur la déambulation ($p = 0,001$), l'incitation à la déambulation ($p < 0,0001$) et l'envie de déambuler ($p < 0,0001$). Le groupe « déambulation » avait plus reçu d'informations sur la déambulation, avait eu plus envie et avait été plus incité à le faire que le groupe « absence de déambulation ».

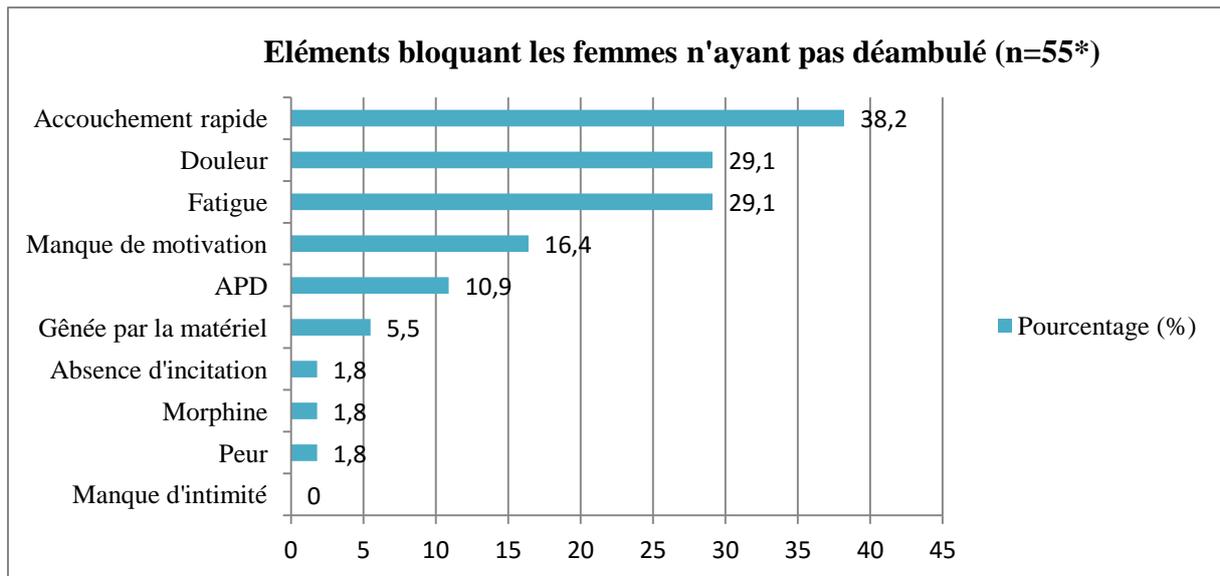
Tableau III - Caractéristiques du travail et résultats comparatifs des groupes « déambulation » et « absence de déambulation »

Paramètres	Echantillon total n = 119	Déambulation n = 59	Absence de déambulation n = 60	P-value
Recours à une APD, n (%)	86 (72,3)	45 (76,3)	41 (68,3)	0,45
Informations reçues sur la possibilité de déambuler pendant le travail ¹ , n (%)	86 (73,5)	51 (87,9)	35 (59,3)	0,001
Par, n (%) ⁴	80 (93)			
- La sage-femme	22 (25,6)			
- L'anesthésiste	16 (18,6)			
- L'étudiant sage-femme	4 (4,7)			
- L'auxiliaire de puériculture	3 (3,5)			
- L'obstétricien				
Incitation à la déambulation ² , n (%)	57 (49,1)	46 (80,7)	11 (19,3)	< 0,0001
Envie de déambuler ³ , n (%)	65 (56,5)	52 (91,2)	13 (22,4)	< 0,0001
Moment du déroulement du travail, n (%)				> 0,999
- Jour	52 (43,7)	26 (44,1)	26 (43,3)	
- Nuit	61 (51,3)	30 (50,8)	31 (51,7)	
- Les deux	6 (5)	3 (5,1)	3 (5)	
Accompagnant, n (%)				0,24
- Conjoint	116 (97,5)	59 (100)	57 (95)	
- Proche	3 (2,5)	0 (0)	3 (5)	

¹ 2 données manquantes, ² 3 données manquantes, ³ 4 données manquantes, ⁴ Plusieurs réponses possibles

c. Éléments limitant et éléments facilitant la déambulation

La figure 5 présente les éléments considérés par les patientes n'ayant pas déambulé comme des éléments bloquant leur déambulation. On voit qu'« un accouchement rapide » (38,2%) a été l'élément le plus cité. Venaient ensuite à égalité « la douleur » et « la fatigue » (29,1%). Le « manque de motivation » a été cité par 16,4% des femmes. « L'APD » n'a bloqué la déambulation des femmes que dans 10,9% des cas et 5,5% des femmes se sont senties trop « gênées par le matériel » pour pouvoir déambuler. Les autres raisons étaient plus anecdotiques : « l'absence d'incitation » (1,8%), « une prise de morphine » (1,8%), « la peur » (1,8%). On remarque qu'aucune patiente n'a coché « le manque d'intimité ».



* 5 données manquantes

Figure 5 - Eléments bloquant les femmes n'ayant pas déambulé

La figure 6 présente les éléments considérés par les patientes ayant déambulé comme limitant leur déambulation. Le premier élément le plus cité est « *la fatigue* » (40,7%) et vient ensuite « *la douleur* » (35,6%). 16,9% des patientes se sont senties « *gênées par le matériel* ». « *L'APD* » a limité 6,8% des patientes ayant déambulé. Ensuite, les éléments cités étaient : « *l'absence d'incitation* » (5,1%), « *un accouchement rapide* » (3,4%), « *le refus de l'anesthésiste de poser une APDA* » (1,7%), « *le manque d'intimité* » (1,7%). « *La peur* » et « *le manque d'envie* » sont deux items qui n'ont été cochés par aucune patiente. Enfin, 20,3% des patientes ont considéré qu'« *aucun élément* » ne les avait limitées et qu'elles avaient pu déambuler comme elles le souhaitaient.

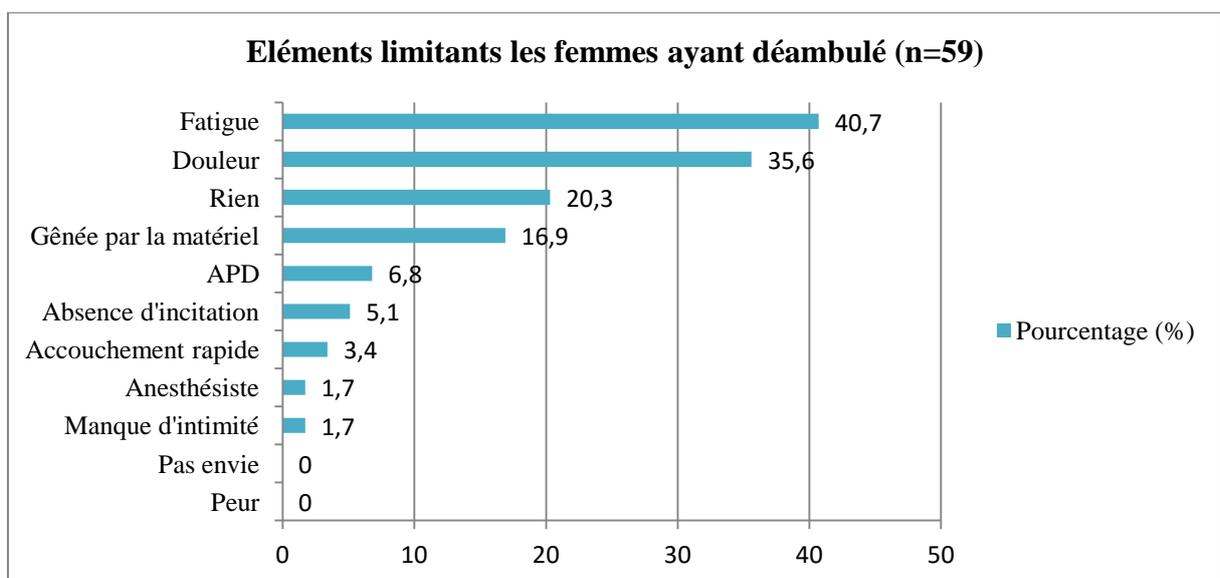
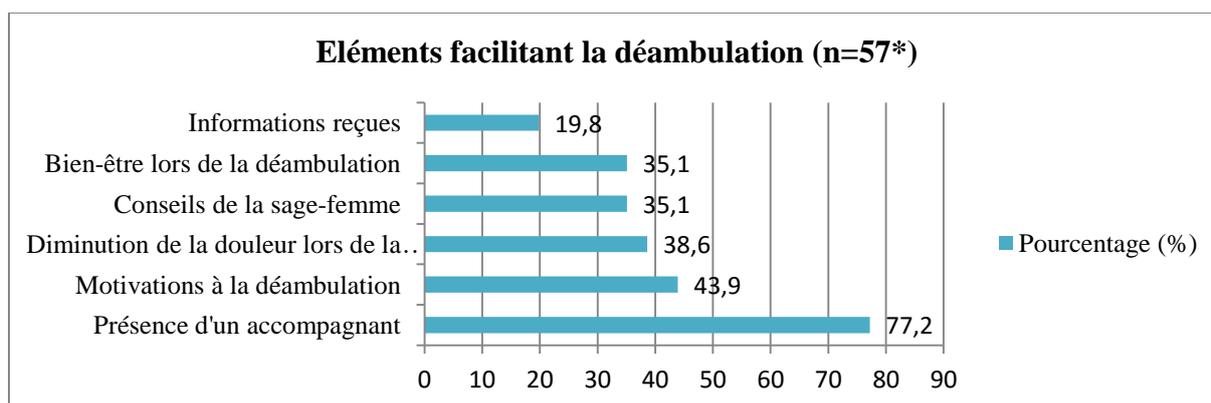


Figure 6 - Eléments limitant les femmes ayant déambulé

Pour les patientes ayant déambulé, les éléments facilitant la déambulation d'après elles sont présentés dans la figure 7. L'élément le plus cité était « la présence d'un accompagnant » (77,2%). Les éléments qui ont ensuite été cités étaient : « les motivations à la déambulation » (43,9%), « la diminution de la douleur lors de la déambulation » (38,6%), « les conseils de la sage-femme » à égalité avec « le bien-être ressenti lors de la déambulation » (35,1%) et enfin, « les informations reçues sur la possibilité de le faire » (19,8%).



*2 données manquantes

Figure 7 - Eléments facilitant la déambulation

2. Satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail et de la déambulation

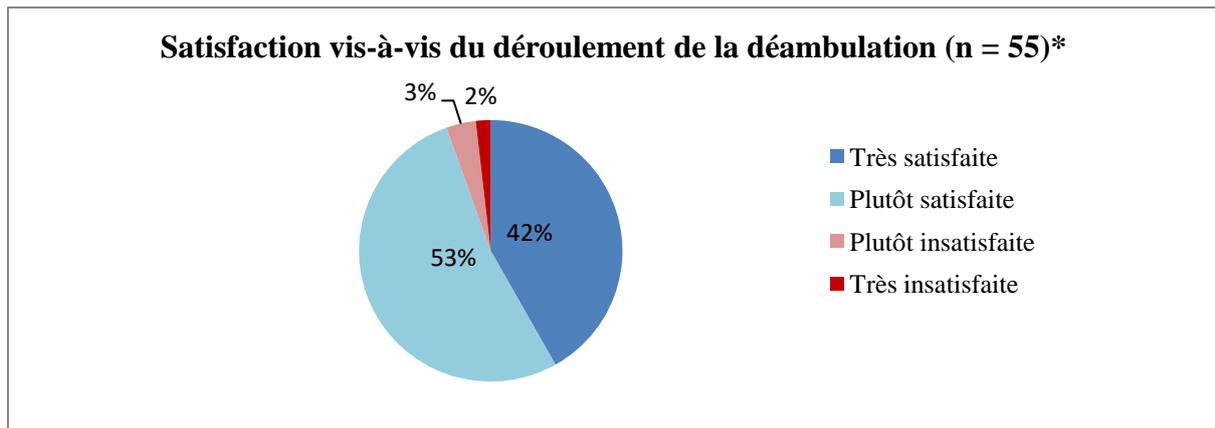
Le tableau IV présente la satisfaction des patientes vis-à-vis du déroulement du travail et compare ces résultats entre le groupe « Déambulation » et « Absence de déambulation ». On ne note pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau IV - Satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail et résultat comparatif entre les groupes « Déambulation » et « Absence de déambulation »

Paramètres	Echantillon total n=113 ¹	Déambulation n = 57 ²	Absence de déambulation n=56 ³	P-value
Satisfaction, n (%)				0,63
Très satisfaite	65 (57,5)	31 (54,4)	34 (60,7)	
Plutôt satisfaite	43 (38)	22 (38,6)	21 (37,5)	
Plutôt insatisfaite	2 (1,8)	2 (3,5)	0 (0)	
Très insatisfaite	3 (2,7)	2 (3,5)	1 (1,8)	

¹ 6 données manquantes (dont ² 2 « déambulation » et ³ 4 « absence de déambulation »)

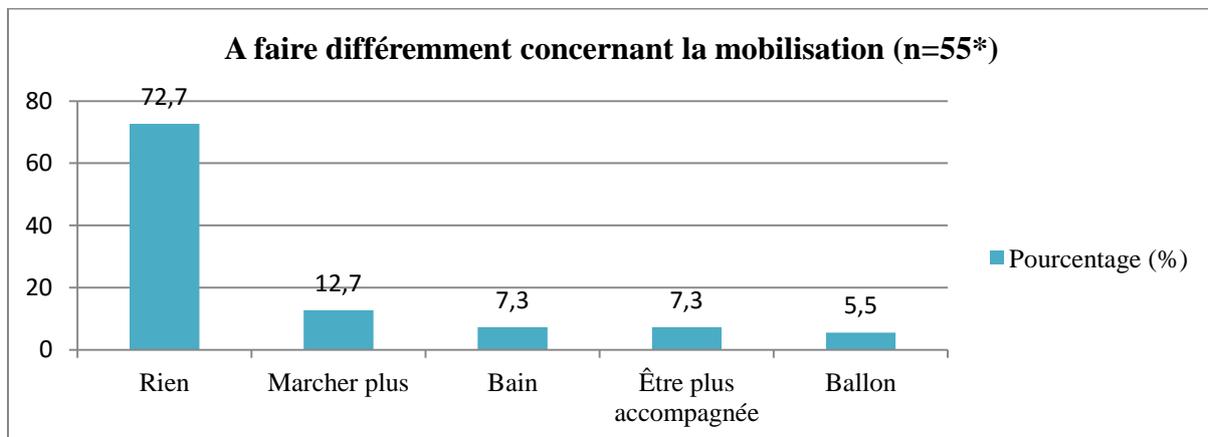
La figure 8 présente la satisfaction des patientes du groupe « déambulation » vis-à-vis de du déroulement de la déambulation. On note que 95% des patientes sont satisfaites du déroulement de leur déambulation.



* 4 données manquantes

Figure 8 - Diagramme de satisfaction vis-à-vis du déroulement de la déambulation

Quand nous avons interrogé les patientes ayant déambulé sur ce qu'elles auraient aimé faire différemment concernant à la mobilisation, 72,7% ont considéré qu'elles n'auraient « rien » fait de différent. Parmi les patientes qui auraient souhaité faire les choses différemment : 12,7% auraient aimé « marcher plus », 7,3% auraient souhaité « être plus accompagnée », 7,3% auraient aimé « profiter plus du bain » et 5,5% auraient souhaité « utiliser plus le ballon ».

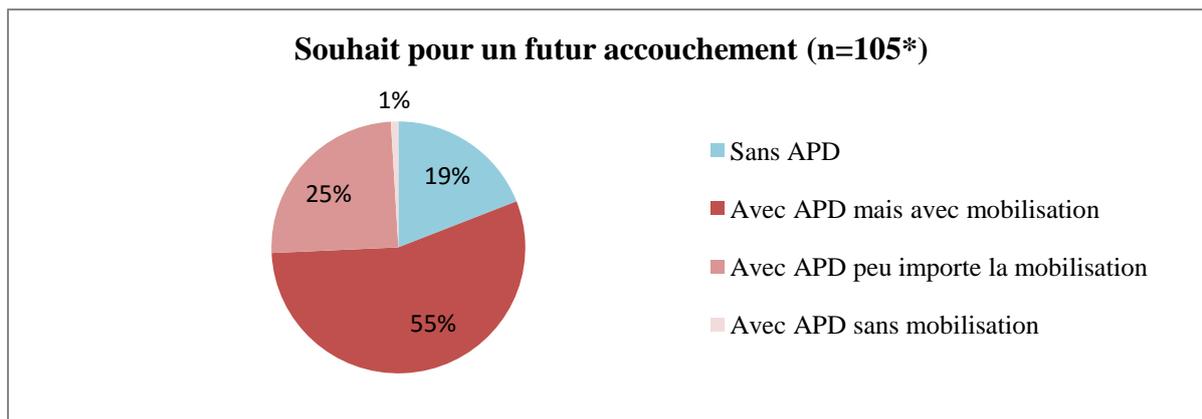


* 4 données manquantes

Figure 9 - Souhaits des patientes concernant la mobilisation

Les femmes ayant déambulé ont été questionnées pour savoir si elles pensaient que la déambulation avait eu un impact sur leur vécu du travail : 49,1% ont répondu « Oui », 38,6% ont répondu « Plutôt oui », 5,3% ont répondu « Plutôt non » et 7% ont répondu « Non ».

Nous avons interrogé les patientes sur leur souhait vis-à-vis d'un futur potentiel accouchement et les réponses peuvent être visualisées dans la figure 10.

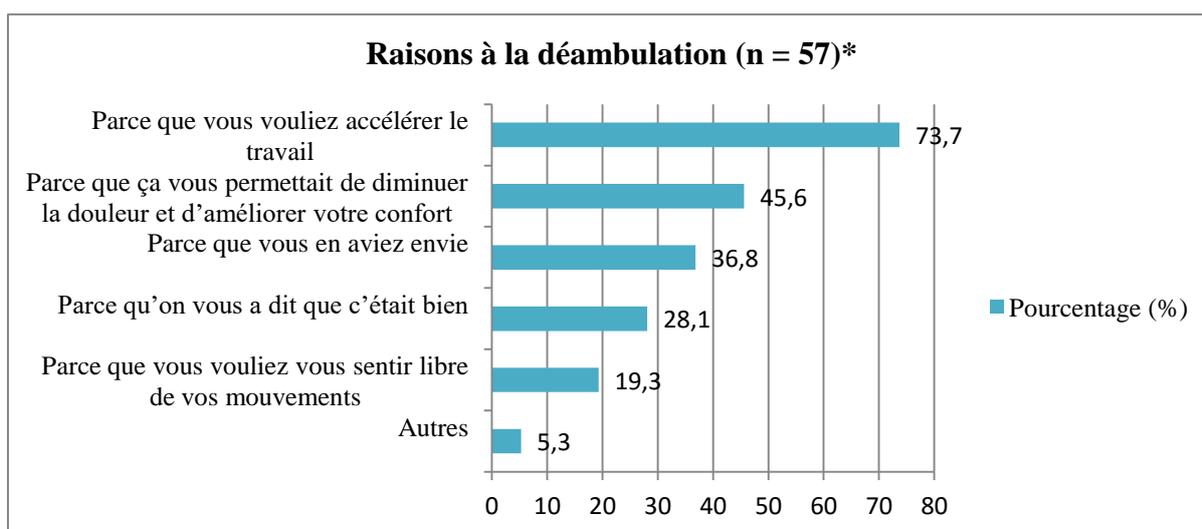


* 14 données manquantes

Figure 10 - Souhait des patientes de la totalité de l'échantillon pour un futur accouchement

3. Motivations maternelles à la déambulation

Nous avons interrogé les mères sur les motivations qui les ont poussées à déambuler ; plusieurs réponses étaient possibles. L'élément le plus souvent cité pour expliquer leur déambulation était « *Parce qu'elles voulaient accélérer le travail* » (73,7%). Les raisons ensuite citées par les patientes étaient dans l'ordre décroissant du nombre de réponses : « *Parce que ça leur permettait de diminuer la douleur et d'améliorer leur confort* » (45,6%), « *Parce qu'elles en avaient envie* » (36,8%), « *Parce qu'on leur avait dit que c'était bien* » (28,1%), « *Pour se sentir libre de leurs mouvements* » (19,3%). Enfin, les autres raisons citées (5,3%) étaient : « *la possibilité d'aller aux toilettes* », « *pour le positionnement du bébé* », et « *pour diminuer les fourmis dans les jambes* ».



* 2 données manquantes

Figure 11 - Motivations maternelles à la déambulation

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Avant de discuter nos résultats, nous allons étudier les limites de notre étude et proposer des solutions qui auraient pu être mises en place pour pallier les différents biais rencontrés. L'utilisation d'un questionnaire pour une démarche scientifique nous a exposé plusieurs biais mais bien qu'imparfaite, cette méthode a l'avantage de mettre en avant l'avis des personnes interrogées.

Tout d'abord, nous avons été exposés à un biais de classement dû à la subjectivité de l'enquête. Du fait de la réalisation d'une étude rétrospective, il existe un biais de mémorisation des patientes. Une des questions n'a d'ailleurs pu être exploitée à cause de ce biais : à la question du temps de déambulation « *Si oui, combien de temps avez-vous déambulé au total pendant le travail en salle d'accouchement ?* », trop peu de patientes avait répondu pour avoir un résultat exploitable. De plus, les patientes n'ont pas toutes reçu et rempli le questionnaire au même moment : certaines l'ont eu dès la sortie de la salle d'accouchement et d'autres lors de leur séjour en SDC. Le biais de mémorisation a donc pu être majoré pour celles qui le recevaient plus tardivement mais cette double distribution permettait de minimiser le biais de sélection. La distribution après l'accouchement a aussi pu engendrer un biais de minimisation : les patientes ont pu avoir tendance à minimiser les événements indésirables une fois qu'ils sont passés. Il aurait pu être intéressant de faire une étude observationnelle et prospective en salle d'accouchement mais il aurait été impossible d'obtenir un échantillon de si grande taille à cause de problèmes techniques, humains et temporels.

Il existe aussi un biais de sélection du fait de l'échantillonnage et du caractère monocentrique de l'étude. Nous avons essayé de corriger ce biais en incluant systématiquement toutes les patientes éligibles sur la période donnée. Malgré cela, nous avons un biais de recrutement : oubli de distribuer le questionnaire, questionnaires uniquement distribués aux personnes francophones, non-réponses (uniquement les patientes volontaires incluses) ou questionnaires trop incomplets. Nous avons essayé de minimiser ce biais avec une double distribution : une en post-partum immédiat par les sages-femmes en SDN et une en SDC par l'étudiante sage-femme. Néanmoins, les patientes avaient la possibilité de refuser de participer. Nous pouvons nous interroger sur le profil de ces patientes : la non-participation

pouvait être due à un défaut de compréhension, une absence de déambulation et donc une absence d'intérêt pour l'étude, une insatisfaction vis-à-vis du travail et par conséquent une absence de volonté de participer, etc... De plus, les questionnaires étaient à mettre dans une bannette située en SDC, il est donc possible que certains se soient perdus. Nous avons été obligés d'exclure les femmes non francophones de notre échantillon à cause de notre méthode de recueil de données par questionnaire en français. Si ces femmes avaient été interrogées, le recueil de données aurait pu être erroné en raison des difficultés de compréhension. Nous aurions pu traduire le questionnaire dans d'autres langues pour pallier ce biais.

Nous avons dû faire face à un biais d'information, une erreur non causée par l'échantillonnage mais qui fait partie des erreurs systématiques liées à la conception du questionnaire et qui n'a pas pu se corriger avec l'analyse des données. En effet, une des questions « *De quelle origine géographique êtes-vous ?* » n'a pas pu être exploitée à cause d'un trop grand nombre de mauvaise interprétation de cette question ou de non-compréhension. De plus, le temps passé en salle de travail est un critère qui n'a pas été exploité et qui nous a exposé à un biais d'immortalité : les patientes qui accouchaient rapidement n'ont pas eu le temps de déambuler et l'auraient peut être fait si elles en avaient eu l'occasion. Cela a donc pu fausser nos résultats. Ainsi, il aurait été intéressant d'avoir une question sur le temps passé en salle d'accouchement afin de savoir si l'absence de déambulation était due au fait que la patiente ne le souhaitait pas, qu'elle n'avait reçu les informations, ou si cela était simplement dû au fait qu'elle n'en avait pas eu le temps.

2. Discussion des résultats

a. Résultats généraux

Il faut d'abord s'interroger sur notre population pour savoir si elle est représentative de la population générale, même si la taille et la spécificité de notre échantillon ne permettra pas une extrapolation de nos résultats à la population générale. L'âge moyen des femmes de notre échantillon (30,9 ans) se rapproche de l'âge moyen des mères ayant accouché en 2015 en France (30,4 ans) [29]. Le taux d'APD en France était de 77,8% en 2010 d'après l'Enquête nationale de périnatalité [9]. Dans notre échantillon, il était de 72,3%. Concernant les positions adoptées pendant le travail, on voit que le décubitus dorsal reste la position la plus utilisée en salle d'accouchement (52,5% des patientes). Près de la moitié des patientes avaient

déambulé en salle d'accouchement (49,6%) ce qui est en accord avec une étude réalisée sur 185 patientes en Normandie où près de 49,7% des patientes l'avaient fait [30].

b. Eléments influençant la déambulation

Caractéristiques générales

Nous allons maintenant nous intéresser aux éléments ayant influencé la déambulation. Concernant les caractéristiques générales, il y a une différence statistiquement significative entre le groupe « déambulation » et le groupe « absence de déambulation » concernant la nationalité. Est-ce la culture, un défaut de compréhension ou la taille de l'échantillon qui a influencé l'absence de déambulation ? Il est difficile de conclure. La parité, l'âge, le niveau d'études et l'IMC ne semblent pas avoir d'impact sur la déambulation puisqu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Toute femme peut donc être amenée à déambuler quelques soient leurs caractéristiques générales, dépendamment de leur âge, leur IMC, leur niveau d'études ou leur parité.

Caractéristiques liées au travail

- L'impact de l'APD

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe « déambulation » et « absence de déambulation » concernant le souhait d'avoir recours à une APD avant le jour de l'accouchement et le recours à une APD. Cela semble donc aller dans le sens de notre hypothèse de recherche, l'APD ne semble pas être un élément limitant la déambulation. Seulement 10,9% des patientes n'ayant pas déambulé et 6,8% des patientes ayant déambulé citaient l'APD comme élément bloquant leur déambulation. Cela est bien moins important que la « fatigue » (absence de déambulation : 29,1% - déambulation : 40,7%) ou la « douleur » (absence de déambulation : 29,1% - déambulation : 35,6%). Déambulation et APD ne semblent donc pas incompatibles. Il est intéressant de noter aussi que 25% des patientes ne souhaitant pas avoir recours à une APD citaient comme raison la peur de celle-ci. Pourtant utilisée en obstétrique depuis plusieurs années, l'APD continue d'effrayer certaines patientes pour diverses raisons (peur de l'aiguille, peur des effets des produits sur le bébé, peur de rester paralysée...).

- Le rôle de la sage-femme

D'autres différences statistiquement significatives ont été obtenues entre le groupe « déambulation » et le groupe « absence de déambulation » et concernaient l'information reçue sur la déambulation, l'envie de déambuler et l'incitation à le faire. Les femmes qui ont reçu des informations sur la possibilité de déambuler, qui avaient envie et qui ont été incité à le faire ont plus marché que les autres. Le rôle de la sage-femme qui dans 93% des cas à l'origine de l'information sur la possibilité de déambuler est donc primordial dans l'accompagnement de la parturiente durant son travail. Lors de l'étude réalisée sur la mobilisation dans plusieurs maternités de Normandie, le taux d'informations des patientes sur la possibilité de se mobiliser en salle de naissance était seulement de 46% [30] : il semble donc que les femmes étaient mieux informées à la maternité des HDL car le taux d'information était de 73,5%. En revanche, il n'y a pas de différence statistique entre les deux groupes pour la préparation à la naissance et les projets de naissance. On peut émettre l'hypothèse que le souhait de déambuler peut naître le jour de l'accouchement et n'est pas obligatoirement anticipé par les femmes.

- La présence du conjoint

L'élément facilitant le plus la déambulation pour les femmes ayant eu l'occasion de marcher en salle d'accouchement est la présence d'un conjoint. Il est majoritairement l'accompagnateur en salle d'accouchement (97,5% des cas). Il y a encore une quarantaine d'années, les hommes n'étaient pas autorisés à entrer en salle d'accouchement. Aujourd'hui leur présence est possible et ils sont une ressource très importante pour la femme [31]. Le père peut être amené à éprouver des sentiments négatifs lors de l'accouchement tels que la peur, l'anxiété, l'appréhension, l'impuissance, la colère [32]. Il est donc important de le mettre dans un climat de sécurité en l'informant, le rassurant et l'écoutant pour qu'il soit ainsi une source de réconfort pour la patiente et non pas une source de stress supplémentaire. Souvent, les pères sont demandeurs « d'aider », « de participer », l'accompagnement de leur conjointe dans la déambulation peut donc être une réponse à ce désir et ainsi, permettre au père de trouver sa place et de diminuer son sentiment d'impuissance face à la situation. Ainsi, la sage-femme a un rôle primordial dans l'accompagnement de la femme mais aussi du futur père dans le processus de paternalité. Il est cependant important de respecter les spécificités individuelles et le contexte socio-culturel afin d'aider au mieux le futur père à trouver sa place et ne pas le mettre en difficulté [31].

- L'accouchement rapide

Un accouchement rapide a été l'élément qui a été rapporté comme ayant le plus limité les femmes n'ayant pas déambulé. Le fait que nous n'ayons pas le temps de travail ne nous permet pas de savoir ce que les patientes entendent par un accouchement « rapide ». Il s'agit d'un des biais de notre étude.

c. Satisfaction vis-à-vis du travail et de la déambulation

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe « déambulation » et le groupe « absence de déambulation » concernant la satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail contrairement à notre hypothèse de départ. Néanmoins, 87,7% les femmes ayant déambulé considèrent que le fait de pouvoir se mobiliser et déambuler a eu un impact sur le vécu du travail. La plupart considéraient qu'elles avaient pu se mobiliser comme elles le souhaitaient (72,2%) et 20,3% considéraient qu'aucun élément ne les avait limitées.

d. Motivations à la déambulation

Contrairement à notre hypothèse de recherche, ce n'est pas le bien-être que les femmes recherchent majoritairement dans la déambulation mais l'accélération du travail. Comme vu dans les résultats, 73,7 % des patientes ayant déambulé citaient comme raison principale à la déambulation le souhait d'accélérer le travail. La question qu'on peut alors se poser c'est pour quelles raisons souhaitent-elles que le travail avance plus vite ? « Bien accoucher » est-il synonyme d' « accoucher vite » dans la société moderne ? La douleur est-elle la raison pour laquelle les patientes souhaitent accoucher plus vite ? Comme vu dans les résultats, le souhait d'avoir recours à une APD était motivé dans 88,4% par la peur de la douleur dans notre étude et 35,6% des femmes ayant déambulé et 29,1% des femmes n'ayant pas déambulé citent la douleur comme élément limitant la déambulation. L'accouchement, bien qu'étant un processus physiologique, continue d'effrayer les futures mères malgré les progrès médicaux.

3. Intérêt de l'étude

Le but de notre étude était de faire l'état des lieux d'une prise en charge de l'accouchement qui diffère de la plupart des maternités françaises en proposant l'analgésie péridurale ambulatoire. Le SFAR reconnaît un intérêt à celle-ci concernant la satisfaction chez les patientes accouchant de manière eutocique à terme [33]. Notre étude nous amène aussi à

réfléchir sur la prise en charge actuelle des patientes dont le déroulement du travail est eutocique en maternité.

Depuis plusieurs années, le nombre de maternités diminue : de 816 en 1995, il est passé à 535 en 2010. Avec pour objectif de diminuer la morbi-mortalité maternelle et néonatale, le « plan de périnatalité » de 1994 a initié ce mouvement de concentration et de réorganisation des maternités. Cela a entraîné la fermeture des maternités de niveau I (-64 entre 2003 et 2010) au profit des maternités de niveau de III (+7 entre 2003 et 2010). Le nombre d'accouchements augmentant dans les maternités, de nouvelles problématiques de personnel apparaissent. Selon le volume d'accouchements réalisés, le nombre de sages-femmes par établissement varie avec en moyenne 1,6 sage-femme par établissement le jour pour ceux qui réalisent moins de 500 accouchements par an en niveau I et 3,4 pour ceux qui en réalisent 2000 ou plus [34]. De plus, la situation économique difficile avec un déficit des hôpitaux de 398 millions d'euros en 2014 et un déficit de 6,6 milliards d'euros pour la Sécurité Sociale en 2015 entraîne des restrictions budgétaires et de personnel [35-36]. De ce fait, dans les établissements où les sages-femmes sont en sous-effectif par rapport à l'activité, il semble difficilement envisageable d'avoir un accompagnement sécurisé des femmes souhaitant déambuler sous APD.

Ceci étant dit, il est tout de même important de rappeler que même si l'accouchement peut présenter des complications, il n'en reste pas moins à la base un processus physiologique et non pas pathologique. La surmédicalisation est aujourd'hui remise en question par de nombreux professionnels [37] mais aussi par les patientes elles-mêmes [38], comme le montre nos résultats : 53,1% des patientes qui ne souhaitaient pas d'APD donnaient comme raison le souhait d'un accouchement plus naturel, moins médicalisé et 25% souhaitaient ressentir l'accouchement. Nous voyons cette volonté d'un retour à un accouchement plus naturel avec le développement depuis quelques années des salles d'accouchements dites « natures » et avec le développement d'ici peu de neuf « maisons de naissance » dont la liste a été fixée par l'arrêté du 23/11/2015 [39]. Certains professionnels de santé dans d'autres pays ont aussi remis en cause cette surmédicalisation de l'accouchement. Au Canada, inquiet de la hausse du nombre d'interventions effectuées pendant l'accouchement, le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a rédigé en 2008 une déclaration de principe et des recommandations visant à promouvoir, protéger et soutenir l'accouchement normal [40]. C'est aussi dans ce courant d'idée que la maternité des HDL, sur la base des recommandations de l'OMS sur « l'accouchement normal » [41], a été repensé la prise en charge des patientes avec pour objectif de « donner un sens à la naissance et favoriser les liens

familiaux pendant la période périnatale ». Avec cette volonté d'humanisation des soins, la maternité a fait le choix de la mobilisation des patientes grâce à l'APDA.

En tant que professionnel de santé, il semble important de réfléchir et remettre en question notre façon de travailler et de prendre en charge les patients. La grossesse et l'accouchement étant le plus souvent deux processus physiologiques, la question se pose encore davantage. La déambulation, comme nous l'avons rappelé en introduction, était pratiquée bien avant la médicalisation de l'accouchement. Aucun effet délétère n'étant retrouvé lors de celle-ci, la déambulation, sous APD ou non, pourrait être un début de réponse aux femmes qui souhaitent un accouchement plus « naturel » en leur permettant de se mobiliser comme elles le souhaitent.

V. CONCLUSION

Notre étude ne nous a pas permis de mettre en évidence des caractéristiques générales influençant la déambulation : l'âge, la parité, le niveau d'études et l'IMC n'étaient pas statistiquement différents entre le groupe « déambulation » et « absence de déambulation ». Cependant, l'information sur la possibilité de déambuler, l'envie et l'incitation à le faire étaient trois éléments qui différaient statistiquement entre les deux groupes.

Nous pouvons donc conclure que toute femme présentant un travail physiologique peut être amenée à déambuler si elle reçoit les informations nécessaires et est incitée par la sage-femme.

A ce titre la sage-femme joue un rôle majeur tant dans l'information en cours de grossesse que pendant le suivi de l'accouchement. S'il est peut-être plus facile de suivre une femme en cours de travail immobile, allongée, à jeun et bénéficiant d'une surveillance par répétiteur, la sage-femme a le devoir de proposer de multiples alternatives offrant confort, autonomie et implication avec l'ambition d'une médicalisation raisonnée de la naissance.

Chaque femme devrait être libre de choisir si elle souhaite se mobiliser après avoir reçu une information claire et précise, sans être bloquée par son souhait d'avoir recours à une analgésie péridurale.

De plus, notre étude a montré que le père avait une place très importante aujourd'hui en salle d'accouchement. Savoir accompagner ces hommes est devenu une part du travail de la sage-femme. L'analgésie péridurale ne semble pas être un élément limitant pour les femmes ayant déambulé ou pas, la fatigue et la douleur étant plus souvent citées comme éléments limitant la déambulation.

Enfin, faire un état des lieux d'une pratique qui diffère de la plupart des maternités nous amène à réfléchir sur notre prise en charge des parturientes. Il semble important aujourd'hui avec la médicalisation de l'accouchement de redonner aux couples leur place dans cet événement de la vie en proposant des alternatives comme l'analgésie péridurale ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Leroy F. Histoire de naître : De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : De Boeck, 2001.
- [2] Dugès A-L. Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux. Montpellier : chez Louis Castel, 1839.
- [3] Wittman AB, Wall LL. The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma. *ObstetGynecolSurv* Nov 2007; 62(11):739-748.
- [4] Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique 2008;32. [en ligne] Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
- [5] Bourgeois L. Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés, 1609.
- [6] Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1668.
- [7] Livre de la Genèse. Chapitre 3
- [8] Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur. Les Editions de l'Atelier/Les Editions Ouvrières, 2004
- [9] Résultat de l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2010 [en ligne]. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/>
- [10] Morgan BM, Bulpitt CJ., Clifton P. et al. Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlottets 1 000 mother survey). *Lancet* 1982; 2 : 808-810
- [11] Thoulon JM, Pasquier JC, Audra P. La surveillance du travail. Paris : Edition Masson, 2003
- [12] Sharma SK, McIntire DD, Wiley J et al. Labor analgesia and cesarean delivery: an individual patient meta-analysis of nulliparous women. *Anesthesiology* 2004; 100: 142- 8.

- [13] Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011
- [14] De La Dorie A, Mercier F. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale.pdf [en ligne]. 2007. Disponible sur: <http://www.mapar.org>
- [15] Roelants F. La péridurale déambulatoire : un plus en obstétrique ? Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, 2006. Disponible sur: www.aliar.lu
- [16] Cefalo Rc, Bowes WA Jr. Managing labor, never walk alone NEJM. 1998. jul 9, Vol 339,iss. 2; pg 117, 2 pg
- [17] Breen TW, Shapiro T, Glass B, Foster-Payne D, Oriol NE. Epidural anesthesia for labor in an ambulatory patient. Anesth Analg 1993 ; 77 ; 919-24
- [18] Weiniger CF, Yaghmour H, Nadjari M, Einav S, Elchala U, Ginosar Y, Matot I. Walking reduces the post void residual volume in parturients with epidural analgesia for labor : a randomized-controlled study. Acta anaesthesiol Scand 2009 ; 53 : 665-672
- [19] Payen J-F, Frénéa S, Chirossel C. Déambulation pendant le travail.pdf [en ligne]. 2002. Disponible sur: <http://www.mapar.org>
- [20] Wong CA. Advances in labor analgesia. Int J Womens Heal. 9 août 2010;1:139-154.
- [21] Read et al. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement : a preliminary report. Am J Obstet Gynecol, 1981 : 139 : 669-72
- [22] Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In : Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC eds. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford : Oxford University Press 1989 : 883-92
- [23] Morgan B et al. Editorial : « walking » epidural in labour. Aneesthesia, 1995 : 50 ; 839
- [24] Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain : effect of maternal position on front and back pain. J Pain Symptom Manage 1991 ; 6 :476-80
- [25] Stewart A, Fernando R. Maternal ambulation during labor. Curr Opin Anesthesiol 24: 268-273.

- [26] Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R et al. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg* 2004; 98: 224-9.
- [27] Gupta Jk, Hofimeyr G. Position for women during second stage of labor. *Cochrane Database Systematic Review*, 2004
- [28] Enquête sur les accouchements : Douleur et accouchement du Ciane. [en ligne] Avril 2013. Disponible sur <http://ciane.net>
- [29] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : âge moyen à l'accouchement en 2015, [en ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/>
- [30] Sorin AS. La déambulation en phase de latence : état des lieux dans sept maternités de Haute-Normandie. Etude prospective auprès de 97 sages-femmes hospitalières et 185 patientes. *Gynecology and obstetrics*. Rouen, 2012
- [31] Van de Putte S, Kestemen P, Crea N et al. La peur en salle de naissance : comment l'anticiper ? In : 42es journées nationales de la société française de Médecine Périnatale. Montpellier, 2012
- [32] Chan KKL, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ? *J Obstet Gynaecol* 22(1) 2002 : 11-5
- [33] J. Mercier F. Influence de l'analgésie locorégionale (ALR) sur la mécanique obstétricale. *La Lettre du Gynécologue* janv-fev2007 (n° 318-319)
- [34] Lordier-Brault A. Quelle politique périnatale ? Pour quels objectifs ? Les propositions et les recommandations au niveau national. In : 29es journées nationales de Médecine Périnatale. Monaco, 1999
- [35] Comment les pouvoirs publics organisent le déficit des hôpitaux publics ? Fédération Hospitalière de France [en ligne] Disponible sur <http://www.fhf.fr>
- [36] Résultats 2014 Prévisions 2015 et 2016. Les comptes de la sécurité sociale [en ligne] Disponible sur <http://www.securite-sociale.fr>
- [37] Odent M. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976
- [38] Poitel B. *Les nouveaux rites autour de l'accouchement*. L'instant Present Eds, 2007

[39] Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale. JORF n°0274 du 26 novembre 2015 page 21905 texte n° 30 [en ligne] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

[40] Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal - J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 12, 2008, p. 1166–1168

[41] Organisation Mondiale de la Santé : les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique, 1997

ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire de l'étude

Mémoire Sage-Femme : Etat des lieux de la déambulation durant le travail Questionnaire anonyme

Mémoire dirigé par le Docteur Richard FAITG, médecin anesthésiste réanimateur de Thonon-Les-Bains.

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme pour l'année 2016, je réalise un état des lieux concernant la déambulation pendant le travail à Thonon-Les-Bains. Dans cette démarche, je sollicite votre aide. Dans le but d'améliorer la prise en charge en salle d'accouchement des futures mères, je m'intéresse aux motivations à déambuler des patientes, les éléments qui les ont aidées et ceux qui au contraire les ont bloquées dans leur mobilité.

Rappel sur les conditions pour participer à cette étude :

- Vous êtes majeure
- Vous maîtrisez la langue française
- Vous avez accouché à Thonon-Les-Bains

Votre aide m'est précieuse et je vous remercie par avance du temps que vous accorderez à mon questionnaire.

PARTIE 1 - Renseignements généraux :

1. Quel âge avez-vous ? :ans
 2. Quelle est votre nationalité ? :
 3. De quelle origine géographique êtes-vous ? :
 4. Quel est votre niveau d'étude ? :
 - Non scolarisée
 - Primaire
 - Collège (6^{ème} - 3^{ème})
 - Lycée (2^{nde} à terminale)
 - Enseignement supérieur (après le BAC)
 - CAP, BEP
 5. Quel était votre poids avant la grossesse ? :kg
 6. Quelle est votre taille ? :cm
 7. Combien de fois avez-vous accouché dans votre vie (cet accouchement compris) ? :
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou plus
 8. Lors de vos accouchements précédents, avez-vous eu l'occasion de marcher et de vous mobiliser en salle d'accouchement ?
 - Oui
 - Non
- Aviez-vous déjà accouché à Thonon ?
- Oui
 - Non

PARTIE 2 – Avant le jour de l'accouchement :

1. Envisagiez-vous d'avoir recours à une péridurale avant l'accouchement ?

- Oui Non
 Plutôt oui Plutôt non

Quelles étaient vos motivations pour vouloir accoucher avec ou sans péridurale ?

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

2. Avez-vous fait une préparation à la naissance ?

- Oui Non

3. Avez-vous fait un projet de naissance ou avez-vous une idée précise de ce que vous vouliez en ce qui concerne le déroulement de votre travail ?

- Oui Non

4. Avez-vous entendu parler de la déambulation sous péridurale avant le jour de l'accouchement ?

- Oui Non

Si oui, comment avez-vous eu ces informations ?

- Par un professionnel de santé
 Par votre entourage (proches/famille/amis)
 Par des recherches personnelles (Internet/télévision/livres)
 Autre :

Cela a-t-il influencé votre choix quant à la décision d'avoir recours à une péridurale ?

- Oui Non
 Plutôt oui Plutôt non

PARTIE 3 – Déroulement de votre travail après l'entrée en salle d'accouchement :

1. Concernant le déroulement de votre travail en salle d'accouchement, vous êtes :



- Tout à fait satisfaite - Plutôt satisfaite - Plutôt insatisfaite - Très insatisfaite

2. Avez-vous eu une péridurale ?

- Oui Non

3. A quel moment s'est déroulé votre travail ?

- Le jour La nuit

4. Quelle personne vous a accompagnée en salle de travail ?
- Votre conjoint/e
 - Une personne proche (famille/ami)
 - Vous n'étiez pas accompagnée
5. Avez-vous reçu des informations quant à la possibilité de se mobiliser pendant le travail en salle d'accouchement ?
- Oui
 - Non

Si oui, qui vous les a données ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anesthésiste
- La sage-femme
- L'auxiliaire de puériculture
- L'obstétricien
- L'étudiant sage-femme
- Autre :

6. Vous a-t-on incitée à vous mobiliser pendant le travail ?
- Oui
 - Non
7. Aviez-vous envie de le faire ?
- Oui
 - Non
8. Au final, vous êtes-vous mobilisée ?
- Oui
 - Non

Si oui, combien de temps vous êtes-vous mobilisé au total pendant le travail en salle d'accouchement ? :h.....min

9. Quelle position avez-vous adoptée pendant le travail ?
- La marche
 - La position assise
 - Le ballon
 - La position semi-assise
 - Le quatre-pattes
 - La position accroupie
 - Allongée sur le dos
 - Allongée sur le côté
 - Autre :

10. Quel(s) élément(s) vous a/ont aidée à déambuler si vous l'avez fait ? (plusieurs réponses possibles, entourez celle qui vous semble la plus importante)
- Présence d'un accompagnant
 - Bien-être lors de la mobilisation
 - Motivation
 - Informations reçues
 - Autre :
 - Conseils et explications de la sage-femme
 - Diminution de la douleur lors de la déambulation

11. Quel(s) élément(s) a/ont bloqué ou limité votre déambulation ? (plusieurs réponses possibles, entourez celle qui vous semble la plus importante)
- Manque de motivation
 - Manque d'informations
 - Fatigue
 - Absence d'incitation par le personnel soignant
 - Peur
 - Autre :
 - Absence d'accompagnant
 - Manque d'intimité
 - Péridurale
 - Gênée par le matériel (pied à perfusion, monitoring)
 - Douleur

12. Pourquoi avez-vous déambulé ?

- Parce qu'on vous a dit que c'était bien
- Parce que vous vouliez accélérer le travail
- Parce que ça vous permettait de diminuer la douleur et d'améliorer votre confort
- Parce que vous en aviez envie
- Parce que vous vouliez vous sentir libre de vos mouvements
- Autre raison :

13. Vis-à-vis de la déambulation en salle d'accouchement, vous en êtes :



Tout à fait
satisfaite

- Plutôt
satisfaite

- Plutôt
insatisfaite

- Très
insatisfaite

14. Qu'auriez-vous aimé faire différemment vis-à-vis de la mobilisation si c'était à refaire ?

- Marcher plus
- Utiliser plus le ballon
- Qu'on vous accompagne plus
- Rien, vous avez pu vous mobiliser comme vous le souhaitez
- Autre :

15. Pensez-vous que la manière dont vous avez pu bouger, vous déplacer, a eu un impact sur la façon dont vous avez vécu le travail et l'accouchement ?

- Oui
- Non
- Plutôt oui
- Plutôt non

16. En cas d'un éventuel futur accouchement, que souhaiteriez-vous ? (plusieurs réponses sont possibles, entourez la plus importante)

- Accoucher sans péridurale
- Accoucher avec péridurale mais en pouvant me mobiliser
- Accoucher avec péridurale, peu importe si je peux me mobiliser
- Accoucher avec péridurale sans me mobiliser

Si vous souhaitez apporter un complément d'informations ou des commentaires, ces quelques lignes sont à votre disposition, merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RESUME

OBJECTIFS : Identifier les caractéristiques influençant la déambulation en salle d'accouchement, évaluer la satisfaction des patientes ayant déambulé par rapport à celles ne l'ayant pas fait et identifier les motivations maternelles.

POPULATION ET METHODE : Une étude transversale, rétrospective et descriptive avec une analyse comparative entre deux groupes (les femmes ayant déambulé et celles ne l'ayant pas fait) a été réalisée à la maternité de Thonon-Les-Bains.

RESULTATS : Les facteurs statistiquement associés à la déambulation étaient la nationalité française, les informations reçues sur la possibilité de déambuler, l'incitation à la déambulation et l'envie de déambuler. « Le conjoint » était l'élément facilitant le plus souvent cité et « La fatigue » était l'élément limitant le plus souvent cité. La satisfaction vis-à-vis du déroulement du travail n'était pas statistiquement différentes entre les deux groupes. Concernant les motivations maternelles à la déambulation, la raison la plus souvent citée était « Parce qu'elles voulaient accélérer le travail ».

CONCLUSION : Toute parturiente ayant envie de déambuler, recevant les informations sur la possibilité de le faire et ayant été incitée à le faire devrait pouvoir déambuler en salle d'accouchement si son travail est eutocique.

MOTS-CLES : analgésie péridurale ambulatoire, déambulation, vécu des femmes, mobilité

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify characteristics influencing ambulation in the delivery room, to compare the satisfaction of patients that have ambulated and those that have not and to identify the maternal motivations.

POPULATION AND METHODS: A cross-sectional, retrospective and descriptive study, with a comparative analysis between two groups (women who have ambulated and those that have not) was undertaken in the maternity ward of Thonon-Les-Bains.

RESULTS: The factors statistically associated with ambulation were of French nationality, the information received on the ability to ambulate, incitement and desire to ambulate. The facilitating element most cited was "The presence of the husband" and the limiting element most cited was "Tired". Concerning the satisfaction, there was no statistical difference between the "ambulation" group and the "no ambulation" group. Regarding maternal motivation to ambulate, the most often cited reason was "Because they wanted to speed up the labor."

CONCLUSION: Any woman in labor who wants to walk, who receives the information on ambulation and has been encouraged to do so, may ambulate in the delivery room if her labor is eutocic.

KEYWORDS: Walking epidural analgesia, ambulation, experienced women, mobility