



HAL
open science

Prise en charge par les sages-femmes du travail sous analgésie péridurale : le vécu des parturientes

Margaux Boulet Sauvan

► **To cite this version:**

Margaux Boulet Sauvan. Prise en charge par les sages-femmes du travail sous analgésie péridurale : le vécu des parturientes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03382816

HAL Id: dumas-03382816

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03382816>

Submitted on 18 Oct 2021

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

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



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

**PRISE EN CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES DU TRAVAIL
SOUS ANALGÉSIE PÉRIDURALE :
LE VÉCU DES PARTURIENTES**

MEMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

BOULET SAUVAN Margaux

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT – AUVERGNE

**PRISE EN CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES DU TRAVAIL
SOUS ANALGÉSIE PÉRIDURALE :
LE VÉCU DES PARTURIENTES**

**MEMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
BOULET SAUVAN Margaux**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

À l'École de sage-femme dans son ensemble pour ces quatre années d'apprentissage.

À toutes les sages-femmes qui m'ont nourrie de leur savoir pour me faire grandir en tant que future professionnelle.

Et évidemment, à toutes les femmes qui m'ont fait confiance en tant que patientes ou pour cette étude.

À Aurélie Méjean-Lapaire pour sa patience et sa gentillesse, qui m'a toujours soutenue et aiguillée dans la bonne direction. Merci.

Aux huit individus à qui je suis liée d'un lien si fort depuis toutes ces années ; la famille que j'ai choisie : Alisée, Clémence, Éléonore, Laura, Léa, Lucie, Maëlle et Mathilde.

Et surtout, à mon grand-père Pierre, ma grand-mère Jeanne, mon père et pilier Patrick, et ma fratrie ; Manon et Hugo Boulet.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ALR : Analgésie loco-régionale

APD : Analgésie péridurale

CTG : Cardiotocographie

ENP : Enquête nationale périnatale

EVA : Echelle visuelle analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

MAR : Médecin anesthésiste-réanimateur

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA: Patient controlled epidural analgesia

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RCF : Rythme cardiaque fœtal

Sommaire

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Le travail -----	2
II. L'analgésie péridurale -----	12
III. Les compétences attendues en salle de naissance pour une sage-femme-----	15

POPULATION ET METHODE

I. Population -----	20
II. Méthode-----	20

RESULTATS

I. Présentation des participantes-----	24
II. Avant la pose de l'analgésie péridurale-----	25
III. La pose de l'analgésie péridurale -----	27
IV. Après la pose de l'analgésie péridurale -----	30
V. Un décalage entre ce que les parturientes imaginaient et ce qu'elles ont vécu-----	31

DISCUSSION

I. Les Forces et faiblesses de l'étude-----	34
II. Le profil des femmes interrogées -----	35
III. La sage-femme, au cœur de la surveillance de la parturiente sous APD -----	36
IV. Projet d'action-----	40

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GLOSSAIRE

ANNEXES

Introduction

Depuis la nuit des temps, l'expérience de la douleur est un phénomène indissociable du travail obstétrical et de l'accouchement. Depuis le XX^{ème} siècle, nos sociétés Occidentales ont marginalisé la vision judéo-chrétienne selon laquelle « *tu enfanteras dans la douleur* ». En effet, l'analgésie loco-régionale a alors été placée en première ligne des méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur au cours de ces dernières décennies. Son taux d'utilisation était de 82,6% en 2016 en France et reste en constante augmentation (1).

Il paraît donc judicieux de s'intéresser au vécu des femmes quant à la mise en œuvre et au suivi de cette technique durant le travail. De nombreuses enquêtes de satisfaction ont déjà été réalisées, via une approche quantitative et très axées sur la prise en charge de la douleur. Par exemple, l'enquête du CIANE de 2012 déclare que 78% des femmes qui voulaient et ont eu leur péridurale, en sont satisfaites (2).

A présent, il semble important de connaître les motifs de satisfaction et d'insatisfaction par une approche qualitative pour mieux comprendre l'expérience des femmes qui ont bénéficié d'une analgésie péridurale.

L'objectif principal de cette étude est donc de comprendre le ressenti des parturientes qui sont sous analgésie péridurale pour la première fois, notamment quant à leur prise en charge par les sages-femmes en salle de naissance.

L'objectif secondaire est d'identifier les besoins et les attentes des femmes pour les préparer et les accompagner au mieux à un accouchement sous analgésie péridurale (lors des consultations prénatales, des séances de préparations à la naissance et à la parentalité, du travail et du post-partum immédiat).

Au préalable, une revue de la littérature a permis d'établir une synthèse de l'état actuel des connaissances scientifiques à ce sujet. Ensuite, ce travail comprend la présentation de la méthode et du plan d'investigation de l'étude, suivi des résultats et de leur analyse. Enfin, la partie discussion, qui a permis d'établir un lien entre les résultats et la littérature, envisage les perspectives d'avenir sur ce sujet.

Revue de la littérature

I. Le travail

1. Les professionnels de la salle de naissance

Cette revue aborde en grande partie le suivi du travail obstétrical par la sage-femme car c'est elle qui se trouve au cœur de cette surveillance dans la grande majorité des cas.

En témoigne les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale française de 2016 : « 87% des femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale ont précisé qu'une sage-femme avait réalisé leur accouchement (95% en secteur public et 57% en secteur privé) (...) les accouchements par voie basse non instrumentales représentant 67,7% des accouchements en France métropolitaine. » (1).

C'est à la sage-femme de diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement eutocique et surveiller ses suites. Dans le cadre de la physiologie, elle est autonome pour la prise en charge de ses patientes, et agit seule lors des situations à bas risque obstétrical (accouchement spontané à terme d'un enfant unique se trouvant en présentation du sommet, ne s'accompagnant que de faibles risques identifiés au niveau maternel ou fœtal) (3).

Parmi les professionnels du suivi en salle de naissance on retrouve également :

- L'aide-soignante, en collaboration avec la sage-femme et sous sa responsabilité, qui s'occupera des soins d'hygiène et de confort de la femme.
- L'auxiliaire de puériculture, qui s'occupera du nouveau-né jusqu'au retour en chambre. L'aide-soignante et l'auxiliaire de puériculture peuvent être la même personne.
- Le gynécologue-obstétricien : l'article R.4127-325 du code de la santé publique énonce que « la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige » (4). Sa présence en salle de naissance pour une grossesse à bas risque et un travail eutocique n'est donc pas systématique.
- Le médecin anesthésiste-réanimateur, généralement pour mettre en place une anesthésie locorégionale¹ en vue d'un accouchement par voie basse ou par césarienne. Sa présence en salle de naissance n'est donc pas systématique et elle est ponctuelle.

¹ Il existe trois types d'anesthésie locorégionale : analgésie péridurale, rachianesthésie et rachipéri combinée.

- L'infirmier anesthésiste en collaboration avec le médecin anesthésiste-réanimateur, assistant celui-ci lors des gestes techniques, et surveillant l'installation de l'anesthésie locorégionale.
- Chaque professionnel cité peut encadrer un étudiant de sa profession. Cet étudiant aura une place d'observateur, ou se verra déléguer des missions, et pourra ainsi contribuer à la prise en charge de la patiente.

2. Les différents stades du travail

Le travail obstétrical est usuellement découpé en trois stades. Il est important d'identifier où l'on se trouve pour un suivi optimal.

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle dans ses recommandations de 2017 les différents stades du travail (3).

Ainsi le premier stade débute dès les premières contractions utérines régulières, et prend fin lorsque le col est complètement dilaté, à dix centimètres de dilatation.

Il commence par une phase de latence, qui débute avec les premières contractions rythmées, potentiellement douloureuses, avec ou sans modifications du col. Il se poursuit par une phase active, dès cinq à six centimètres de dilatation cervicale, et se termine à dilatation complète. Ensuite, le deuxième stade du travail débute dès dilatation complète, et prend fin au moment de la naissance de l'enfant.

Lui aussi est découpé en deux phases avec tout d'abord une phase passive durant laquelle la présentation fœtale s'engage, descend dans l'excavation pelvienne et s'accommode au bassin sous l'effet des contractions utérines seules. Cette phase donne ensuite lieu à une phase active ou d'expulsion, marquée par les efforts expulsifs maternels pour permettre l'enfantement. Enfin, le troisième et dernier stade du travail se termine par la délivrance, c'est à dire l'expulsion du placenta.

Le post-partum immédiat correspond aux deux heures qui suivent la naissance, période qui couvre le processus physiologique de décollement du placenta, puis d'hémostase biologique et mécanique de l'accouchement normal (3).

3. La prise en charge et les interventions fréquentes pendant le travail

3.1 L'accouchement normal et physiologique

Il n'est pas rare d'observer dans la littérature des divergences entre les concepts d'accouchement « normal » et « physiologique ».

La définition d'un accouchement physiologique varie ainsi selon les auteurs.

Selon un document de 2012 du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) :

L'accouchement physiologique se définit par une évaluation initiale et continue : avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse, à la présentation de l'enfant, pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail, après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère (5).

Par ailleurs, l'International Confederation of Midwives² (2014) définit la naissance physiologique comme : « un processus dynamique unique dans un contexte physiologique et psychologique materno-fœtal, où la mère entre en travail, le continue et l'achève pour accoucher d'un enfant né spontanément à terme, en position du sommet sans aucune intervention chirurgicale, médicale ou pharmaceutique »(6). Nous verrons à la page suivante que la HAS n'a pas la même conception de l'accompagnement de la physiologie du travail.

La HAS (2017) retient comme définition d'un accouchement normal :

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en

² La confédération internationale des sages-femmes

place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant (3).

Ainsi, l'accouchement normal exclut le déclenchement de convenance du travail, le recours aux instruments de type ventouses/forceps, l'anesthésie générale ou rachidienne, la césarienne, l'épisiotomie systématique et une présentation fœtale anormale (3).

La prise en charge de l'accouchement normal respecte le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement, ce qui exclut donc le déclenchement pour raison médicale. Cette prise en charge se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner des modalités suivantes :

- Un accompagnement de la physiologie de l'accouchement, qui peut cependant inclure des interventions telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration prophylactique d'oxytocine au 3^{ème} stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse ;
- « *Des interventions techniques et médicamenteuses minimales réduites aux données de la science qui, lorsqu'elles sont nécessaires, sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant. Elles peuvent comprendre par exemple l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail et l'analgésie locorégionale* » (3).

a) Le premier stade du travail

En se référant toujours à la HAS, au cours du premier stade du travail, il est recommandé que la sage-femme trace l'ensemble de la surveillance de la parturiente sur un partogramme.

Cette surveillance peut être réalisée dans son ensemble par la sage-femme en toute autonomie, car elle est qualifiée lorsque la situation est considérée comme à bas risque obstétrical.

Elle comprend *a minima* :

- Une prise de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, et d'une température toutes les quatre heures ;
- Une évaluation de la fréquence des contractions utérines pendant dix minutes toutes les 30 minutes lors de la phase active ;

- Chaque miction spontanée doit être tracée ;
- Un toucher vaginal doit être proposé toutes les deux à quatre heures, ou bien avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel ;
- Un encouragement de la femme à exprimer ses besoins quels qu'ils soient
- Une évaluation la plus objective possible de la douleur avec une échelle adaptée ; échelle visuelle analogique ou échelle numérique simple (EVA, ENS) (3).

C'est à la sage-femme que revient, dans la grande majorité des cas, le rôle de surveillance fœtale. [...] Par contre, un rythme cardiaque fœtal (RCF) jugé suspect doit déclencher l'appel au médecin de garde qui décidera d'autres modalités éventuelles d'évaluation de l'état fœtal. Leur mise en œuvre peut être effectuée par le médecin ou parfois par la sage-femme (pH au scalp par exemple) sous la responsabilité du médecin, informé des résultats et chargé de leur interprétation (7).

Pour la surveillance classique du RCF, deux modalités sont envisageables par la sage-femme en fonction du contexte :

- La possibilité d'une auscultation intermittente, sous réserve d'un effectif de professionnels suffisant (une sage-femme par parturiente), dans le cadre d'un accouchement à bas risque obstétrical, suivant une logique d'accompagnement de la physiologie. Cela consiste en un enregistrement du RCF pendant une contraction et immédiatement après pendant une minute. Ceci devant être répété toutes les 15 minutes. Il faudra alors porter une attention particulière sur le pouls maternel, afin de ne pas le confondre avec le rythme cardiaque fœtal. La sage-femme devra répéter cette auscultation si un changement significatif se présente (rupture spontanée des membranes, augmentation de l'intensité des contractions utérines...).
- Une surveillance continue par cardiotocographie (CTG), enregistrant RCF et contractions utérines. Il est important de noter qu'en cas d'administration d'oxytocine ou d'analgésie péridurale, seule cette surveillance sera envisageable.

Parmi les autres interventions possibles, on retrouve :

- La mise en place d'une voie veineuse par la sage-femme, ou à défaut, l'infirmier anesthésiste. Elle doit absolument être posée en prévision de la mise en place d'une analgésie loco-régionale.
- L'amniotomie, ou rupture artificielle des membranes, également réalisée par la sage-femme lorsque la vitesse de dilatation est considérée comme anormale en phase active (inférieure à un centimètre toutes les quatre heures entre cinq et sept centimètres de dilatation, ou inférieure à un centimètre toutes les deux heures au-delà de sept centimètres de dilatation).
- L'administration d'oxytocine par la sage-femme si les membranes sont rompues et la dynamique utérine est insuffisante, conformément à la liste des médicaments que la sage-femme peut prescrire (8).
- L'administration d'antibiotiques par les sages-femmes chez les femmes à risque d'infection materno-fœtale à Streptocoque B, ou par exemple en cas de rupture des membranes supérieure à 12 heures sans mise en travail (8).

b) Le deuxième stade du travail

En l'absence d'évènements intercurrents, la HAS recommande *a minima* durant le deuxième stade du travail que la sage-femme :

- Utilise un partogramme, généralement informatisé avec le dossier médical de la grossesse, ou à défaut dans un dossier papier.
- Surveille toutes les heures les paramètres hémodynamiques (tension artérielle, pouls, température).
- Évalue la fréquence des contractions utérines pendant dix minutes toutes les 30 minutes.
- Surveille et note les mictions spontanées.
- Propose un toucher vaginal toutes les heures.
- Encourage la femme à exprimer ses besoins quels qu'ils soient.
- Évalue de façon la plus objective possible la douleur avec une échelle adaptée (EVA, ENS).
- Laisse le choix d'un enregistrement CTG continu ou d'une auscultation intermittente du RCF (en respectant les mêmes conditions que durant la première phase du travail, mais en la réalisant ici toutes les cinq minutes) (3).

4. La gestion de la douleur pendant le travail

La sensation douloureuse est une sensibilité essentielle pour veiller à l'intégrité du corps physique et psychique. Chaque être humain en fait un jour l'expérience.

Elle constitue un signal informatif.

La douleur obstétricale, contrairement aux autres formes de douleur, n'est pas indicative d'une défaillance d'un système ou d'une lésion, mais fait partie d'un processus physiologique pour permettre de donner la vie (9).

Globalement, la douleur a été définie par l'International Association for the Study of Pain³ (IASP) comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion.* » (10).

Cette définition lie les composantes sensorielles et émotionnelles. La douleur est une sensation, mais est aussi une émotion. Cette dyade prend tout son sens lorsque l'on s'intéresse aux étiologies de la douleur, à sa prise en charge, mais aussi à son vécu.

Pour une prise en charge complète et efficace de la douleur, il faut prendre en compte ses différentes composantes.

Elles sont au nombre de quatre :

- **La composante sensori-discriminative** est la composante physique. Elle permet de définir la localisation, la qualité, la durée et l'intensité de la douleur en lien avec une blessure réelle ou potentielle. Celle-ci est transmise par des fibres nerveuses dès lors que le seuil de douleur est dépassé. Ce seuil n'est pas le même en fonction des personnes, et chez une même personne il peut différer en fonction des situations. Elle constitue donc une expérience propre à chacun, et au moment. On peut dire que la personne souffre dans sa chair.
- **La composante cognitive** correspondant au processus mental d'interprétation qui peut être influencée par des facteurs externes tels que le contexte, la culture ou le milieu social. Elle est aussi influencée par les expériences et émotions passées, ce qui veut dire que si une patiente est anxieuse, elle aura d'autant plus mal que si elle est sereine. La personne souffre avec sa tête.

³ Association internationale d'étude de la douleur

- **La composante comportementale** qui fait référence à la façon dont un sujet exprime sa douleur, que ce soit verbalement ou physiquement. La personne souffre avec son corps.
- **La composante affective (= émotionnelle)** exprime le retentissement du caractère désagréable et pénible de la douleur. Elle peut être source d'anxiété et/ou de dépression. La personne souffre avec son cœur (9).

La douleur du travail obstétrical est vécue par beaucoup de femmes comme la pire douleur jamais ressentie, et peut même être à l'origine d'une modification du seuil de tolérance douloureux après l'accouchement (11).

La localisation de cette douleur diffère en fonction des femmes et de la position fœtale, et se situe généralement dans le bas du ventre et/ou du dos et peut descendre jusque dans les cuisses.

Cette douleur évolue au cours du travail.

Lors du premier stade, la douleur naît des contractions utérines qui permettent la dilatation du col et l'ampliation du segment inférieur.

Ces contractions utérines sont notamment provoquées par une hormone endogène : l'ocytocine.

Lorsque la pression intra-amniotique atteint 15mmHg, la femme perçoit la douleur. Ce sont les mécanorécepteurs de la région paracervicale et utérine qui vont alors être excités. Ensuite, le message douloureux est transmis par les fibres sensibles vers le système nerveux central qui enregistre cette douleur. Entre deux contractions utérines, lorsque la pression intra-amniotique redescend, la douleur fait de même.

Durant le second stade du travail, la douleur provient toujours des contractions utérines, mais surtout de l'impact de la présentation fœtale sur les structures pelviennes et périnéales. Les fascias sont étirés, les muscles sont soumis à des étirements et des pressions, les ligaments sont tractés, ainsi que le péritoine pariétal, l'urètre et le rectum. Les racines des nerfs sacrés subissent également de fortes pressions. Tous ces événements contribuent à une sensation douloureuse plus aigüe.

En parallèle, le système nerveux central est capable de sécréter des endorphines, qui sont des analgésiques endogènes. Elles participent entre autres à la réduction du stress et de la douleur chez la mère. Ces endorphines sont physiologiquement sécrétées lorsque la

femme se sent en sécurité, comme dans un cocon. C'est pourquoi la sage-femme doit tout mettre en œuvre pour aménager un environnement propice à la sécrétion endogène de ces hormones naturelles. Ceci permettra l'avancée physiologique du travail et de l'accouchement (2).

Afin d'aider au maximum les femmes à gérer leur douleur, des moyens non médicamenteux et médicamenteux sont possibles en fonction des structures dans lesquelles elles se trouvent pour accoucher, et de la disponibilité du personnel et du matériel.

Concernant les moyens non médicamenteux, il est recommandé par la HAS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu individuel personnalisé et adapté selon leurs demandes au cours du travail et de l'accouchement (3).

Le soutien continu pendant le travail consiste en la présence continue d'une tierce personne fournissant un soutien affectif et émotionnel, des informations sur la progression du travail et des conseils. Il est idéalement apporté par la sage-femme, mais peut l'être par n'importe quelle autre personne : conjoint, autres professionnels de santé...

La disponibilité de la sage-femme peut très vite évoluer du fait de l'activité du service. Il est donc parfois possible que la sage-femme ne puisse pas être aussi présente qu'elle l'aurait souhaité. C'est pour cela qu'il est important d'informer la femme de l'activité du service afin que la confiance ne se retrouve pas brisée si la sage-femme s'absente un certain moment, et *a fortiori*, s'assurer que l'accompagnant soutienne la parturiente (3).

Bohren et al. ont publié en 2017 une méta-analyse, concluant entre autres sur les bénéfices du soutien continu. On y retrouve un rôle de soulagement de la douleur, par traitement de la composante affectivo-émotionnelle (12).

Pour stimuler la production des hormones endogènes favorisant la gestion de la douleur (grâce aux endorphines) ainsi que la progression physiologique du travail (grâce à l'ocytocine), les sages-femmes ont intérêt à diminuer le niveau de stress des femmes en les encourageant et en adoptant une attitude positive autant que faire se peut, et en créant un environnement calme et sans stress (13).

Il convient donc d'aider la femme à se détacher des contraintes spatio-temporelles, et lui créer une « bulle ». Pour y parvenir, des petits moyens sont à mettre en place comme tamiser les lumières, éloigner la future mère des horloges et téléphones, parler avec une

voix douce, toucher par des mains bienveillantes, faire pratiquer des exercices de respiration, faire accepter ce qu'il se passe...(14).

Une fois la douleur apaisée grâce à la péridurale, il est important de maintenir et d'entretenir cet environnement, qui sera favorable à la sécrétion d'ocytocine naturelle. La dynamique utérine sera ainsi favorisée et le travail pourra suivre son cours dans des conditions optimales.

Le niveau de preuve scientifique est manquant concernant les moyens suivants : immersion dans de l'eau chaude, relaxation, acupuncture⁴, massages, hypnose, sophrologie⁵. Néanmoins, ces moyens peuvent être proposés par la sage-femme, sous réserve qu'elle soit suffisamment formée à ces pratiques.

Ces interventions semblent inoffensives pour la mère et son enfant. Le but premier étant d'accompagner les femmes dans leur choix, ces dernières doivent être soutenues si c'est ce qu'elles désirent, du moment que la surveillance maternelle ou fœtale n'est pas altérée (3).

Des moyens médicamenteux peuvent également être proposés pour soulager la douleur du travail et de l'accouchement (3). Nous retrouvons en première ligne en termes d'efficacité l'analgésie péridurale (détaillée ci-après). Pour cette technique, il faudra solliciter le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR).

Si celle-ci est non souhaitée par la femme, ou non réalisable, les alternatives antalgiques suivantes peuvent-être envisagées ou proposées par la sage-femme : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote sous forme de gaz inhalé (MÉOPA)⁶, opiacés par voie intraveineuse tels que le tramadol et nalbuphine⁷ (8).

Ces alternatives à la péridurale ont un effet qualifié de médiocre à modéré, mais trouvent tout de même leur place dans les recommandations pour la prise en charge de la douleur de l'accouchement normal (2). Les opiacés cités ont par ailleurs des effets secondaires sur la mère et surtout le nouveau-né.

⁴ Thérapeutique de médecine traditionnelle chinoise qui consiste dans l'introduction d'aiguilles très fines en des points cutanés précis (CNRTL)

⁵ Partie de la médecine psychosomatique qui étudie les effets sur l'organisme de certains états de conscience provoqués par suggestion, par relaxation, par autoconcentration (CNRTL)

⁶ La sage-femme peut le prescrire exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée (5)

⁷ La prescription par la sage-femme doit être réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente (dosée à 20mg) (5).

II. L'analgésie péridurale

1. Le principe

Depuis les années 1980, l'analgésie péridurale (APD) obstétricale est très répandue en France.

En 1994, Simone Veil, ministre de la santé à cette date, ouvre l'accès à la péridurale à toutes les parturientes et permet son remboursement à 100% par la sécurité sociale, ce qui contribue largement à sa généralisation (11).

D'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, le taux d'APD s'élève à 82,6% en 2016 contre 78,1% en 2010 (1). Ce taux s'explique par la croissante médicalisation du travail et de l'accouchement, et d'autre part, par le modèle anti-doloriste occidental.

De ce fait, l'APD posée par un MAR est devenue l'intervention pharmacologique la plus efficace pour soulager la douleur des contractions chez les femmes en travail, et de premier choix en Occident.

Le but ultime de toute analgésie péridurale obstétricale est d'obtenir sur la partie inférieure du corps de la parturiente une suppression de la sensibilité douloureuse, tout en préservant la sensibilité proprioceptive, la motricité, et en évitant le bloc sympathique responsable d'hypotension artérielle maternelle (14).

D'après l'article R.4127-318 du code de la santé publique (2012) :

La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif (15).

Deux modalités sont possibles pour entretenir l'analgésie péridurale : soit la péridurale continue, avec une perfusion, soit l'analgésie contrôlée par PCEA : *Patient Controlled Epidural Analgesia*.

La péridurale en perfusion continue est administrée, comme son nom l'indique, en continu grâce à un pousse-seringue électrique, qui maintient un débit constant, défini par le MAR.

La PCEA délivre aussi un débit constant d'anesthésiants que l'on appelle dose d'entretien, mais à plus faible dose qu'en cas de perfusion continue. Si la patiente perçoit des sensations douloureuses, elle peut décider de rajouter des bolus au moyen d'une télécommande reliée au boîtier de la péridurale. Il n'y a aucun risque de surdosage car les bolus ne sont délivrés qu'à partir d'un certain temps depuis le précédent (dix à 15 minutes). Cette méthode permet à la femme d'être actrice de la gestion de sa douleur, de moduler son analgésie en fonction des sensations souhaitées, ce qui augmente la satisfaction de la femme quant à cette technique (16).

C'est le MAR qui choisira la technique à employer, tenant compte des souhaits de la femme, des paramètres obstétricaux, et du matériel à disposition.

2. La technique

La technique consiste en l'injection d'une solution anesthésique plus ou moins associée à un dérivé morphinique dans l'espace péridural : entre le ligament jaune et la dure mère, qui constitue l'enveloppe méningée la plus externe et qui contient le liquide céphalo-rachidien.

En obstétrique, elle est réalisée dans la région lombaire.

La femme est alors assise en tailleur, le plus souvent, dos au médecin anesthésiste, et face à la sage-femme qui l'aide à maintenir la position durant l'installation de l'APD. La parturiente doit faire le dos rond, abaisser les épaules au maximum, et rester immobile.

Le MAR effectue une palpation du sommet postérieur des crêtes iliaques, lui permettant de trouver l'intersection entre la ligne bi-iliaque et le grand axe du rachis, qui correspond à l'espace péridural L4-L5.

Une aiguille de Tuohy introduite dans cet espace permet la mise en place d'un cathéter qui restera en place, et diffusera l'anesthésique en continu jusqu'à la fin de l'accouchement (17).

Il n'y a pas lieu d'exiger une dilatation cervicale minimale pour proposer une analgésie péridurale à une femme en travail, l'analgésie est en effet possible dès l'entrée en salle de

naissance. La femme en travail doit se laisser guider par son ressenti de la douleur, et demander une APD dès qu'elle en ressent le besoin. En fonction de la dilatation cervicale et de sa dynamique, des autres paramètres obstétricaux et des souhaits de la patiente, le médecin anesthésiste adapte sa technique de pose (3).

3. Les effets secondaires de l'analgésie péridurale

Pour la parturiente sous APD, des événements indésirables peuvent être rapportés, comme par exemple un prurit causé par les opioïdes (18), une hypotension, un bloc moteur, des céphalées et parfois de la fièvre (3).

L'hypotension est provoquée par l'action des anesthésiques locaux. Il est donc impératif qu'une surveillance rigoureuse de la tension maternelle soit mise en place, car elle peut avoir une incidence sur la mère, et ainsi provoquer des décélérations cardiaques chez le fœtus.

Plus rarement, lors de la pose, l'opérateur peut créer une brèche dans la dure-mère. Ceci peut entraîner, via un écoulement de liquide céphalo-rachidien dans l'espace épidual, des céphalées orthostatiques, qui pourront être traitées efficacement par blood-patch⁸ dès les jours suivant l'accouchement (19).

Par ailleurs, les anesthésiques locaux utilisés dans l'ALR provoquent une rétention urinaire par perte de sensibilité au niveau vésical (20).

L'ALR ne s'accompagne d'aucun effet délétère sur le fœtus ou le nouveau-né (3).

4. La surveillance d'une parturiente sous analgésie péridurale

Compte tenu du risque d'hypotension artérielle, il est recommandé par la HAS de surveiller la pression artérielle maternelle et le rythme cardiaque fœtal de façon rapprochée (toutes les trois minutes) durant les 20 minutes qui suivent l'induction et après

⁸ Injection du sang de la patiente dans l'espace péridural lombaire pour colmater la brèche.

chaque bolus de plus de dix millilitres. A ce moment-là, la surveillance est réalisée par la sage-femme et/ou l'infirmier anesthésiste.

Après cette surveillance rapprochée de 20 minutes, il est recommandé que l'infirmier anesthésiste, ou le plus souvent la sage-femme, surveille la pression artérielle maternelle toutes les heures, ainsi qu'une évaluation de la douleur, du niveau sensitif et bloc moteur(3).

Du fait de la rétention urinaire, il conviendra que la sage-femme réalise un sondage urinaire toutes les six heures au maximum, afin d'éviter un globe vésical qui constituera un obstacle pour le fœtus, ou pourra être à risque, plus rarement, d'un claquage vésical.

Compte tenu d'un bloc moteur plus ou moins important, des moyens humains et matériels doivent être mis en place pour permettre régulièrement un changement de position, afin d'améliorer le confort des dames et de prévenir des complications neurologiques posturales, telles que les compressions nerveuses. La sage-femme prendra soin de faire régulièrement varier les positions dans lesquelles la femme se trouve. Ces changements aideront également le fœtus à s'accommoder dans le bassin maternel.

Les modalités de surveillance doivent être adaptées aux effets secondaires que l'APD procure. En effet, les recommandations nationales ne traitent pas du risque de céphalées. Pour autant, la sage-femme, l'infirmier anesthésiste, le médecin anesthésiste, ou l'étudiant sage-femme ne doivent pas hésiter à demander régulièrement à la patiente si elle présente des céphalées, afin de s'assurer de l'absence d'une brèche.

III. Les compétences attendues en salle de naissance pour une sage-femme

1. Les compétences spécifiques

D'après l'article R.4127-318 du code de la santé publique, la sage-femme en salle de naissance est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques

nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques, et au dépistage de pathologies chez les femmes et leur fœtus/nouveau-nés pendant l'accouchement.

Parmi ces actes on retrouve : prise de sang, pose de perfusion, toucher vaginal, échographie obstétricale, etc...

Elle est complètement autonome dans l'exercice de ses fonctions dans les situations physiologiques, donc dans la surveillance du travail eutocique des grossesses à bas risque. En cas de pathologie, elle doit faire appel au médecin, mais elle peut réaliser les examens cliniques et les gestes techniques nécessaires en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée comme une mesure de pH au scalp, la mise en place d'une tocographie interne ou d'une électrode fœtale (15).

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes de 2010 présente huit situations types qui sont au cœur du métier de sage-femme. Publié pour faire connaître les compétences des sages-femmes de façon bien précise, il aborde les compétences spécifiques qui doivent être mobilisées en situation.

Parmi ces situations, la quatrième, intitulée « *Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normale)* » stipule que la sage-femme doit pendant le travail :

- **Réaliser un diagnostic** : une fois que la patiente est diagnostiquée en travail, elle est admise en salle de naissance. La sage-femme étudie tous les éléments du dossier, puis élabore alors une stratégie de surveillance et de suivi du travail la plus adaptée en fonction du niveau de risque materno-fœtal. Elle respectera les règles de l'eutocie et les souhaits de la patiente, prendra soin de lui expliquer et de l'informer quant à l'évolution clinique, de l'installer confortablement dans un environnement adapté en cas d'urgence.
- **Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge tout au long du travail et de l'accouchement** : pour assurer au maximum un accompagnement et un accouchement physiologique, la sage-femme vérifie l'adaptation de la mère et de son enfant à naître à la progression du travail, ce qui passe par le suivi de l'évolution de la position du fœtus dans le bassin, grâce aux touchers vaginaux, palpation abdominale, ou échographie si besoin. Pour la mère, la sage-femme observera régulièrement la tension artérielle, la dynamique utérine, le rythme cardiaque de la mère et aussi celui du fœtus. La professionnelle est compétente pour déceler tous les signaux d'urgence, ainsi, elle réévalue la conduite à tenir en

cas de diagnostic de dystocies dynamiques ou mécaniques, d'anomalies du RCF ou du liquide amniotique.

- **Vérifier l'adaptation de la femme à la douleur** : la sage-femme doit veiller à adapter l'espace spatio-temporel à la convenance de la dame (anticiper – proposer – répondre), c'est à dire en recueillant ses perceptions, son projet de naissance, en prenant compte de son environnement affectif et culturel, en accueillant le père ou l'accompagnant, en l'aidant à gérer la douleur, en sollicitant d'autres professionnels de santé si nécessaire (par exemple faire la demande d'une ALR auprès du MAR).

C'est donc à la sage-femme de prendre des décisions adaptées à la situation, en tenant compte des protocoles, des recommandations de bonne pratique, tout en respectant, dans la mesure du possible le processus physiologique du travail.

- **Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge** : durant tout le travail, la sage-femme donne à la patiente une information claire et adaptée sur le déroulement du travail pour lui faciliter ses décisions (21).

2. Les compétences transversales

Le référentiel métier traite également des compétences transversales que doit acquérir toute sage-femme. Une compétence transversale est un savoir ou un savoir-faire maîtrisé par plusieurs métiers, elle se différencie donc de la compétence technique.

Parmi toutes les compétences transversales décrites, on retrouve :

- L'expertise professionnelle, qui est à développer autant que possible concernant les actions de soutien, de maintien, et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité. La professionnelle doit développer ses qualifications d'observation, de diagnostic et d'intervention dans la limite du cadre légal qui lui est fixé.
- La communication, en apportant des informations claires et accessibles à chaque femme et à sa famille, en prenant en compte le mode de vie, les croyances, le bagage culturel, et en étant capable de communiquer en langue étrangère.
- La collaboration avec les différents professionnels et ses pairs pour la sécurité des soins de la femme et de l'enfant. Par exemple, la sage-femme collabore avec le MAR qui pose la péridurale.

- Le professionnalisme, c'est-à-dire que la sage-femme intervient dans toutes ses démarches avec un esprit d'éthique et de respect, en apportant des informations permettant à la femme et/ou au couple de faire un choix éclairé, par exemple pour décider d'une rupture artificielle des membranes.
- Le respect des droits, des besoins et des attentes en préservant l'espace d'intimité de la parturiente et de son accompagnant.
- La capacité à organiser l'environnement de la naissance pour créer un climat favorisant la physiologie tout en assurant une surveillance maternelle et fœtale. La sage-femme doit sans cesse s'adapter face au processus évolutif du travail (21).

Il est souhaitable que la sage-femme constitue un support émotionnel continu et personnalisé pour la patiente, un soutien présent tout au long de la prise en charge, en plus des gestes techniques, qu'il y ait ou non une APD. Une relation de confiance est primordiale afin que la patiente se sente en sécurité et libre dans ses demandes (22).

La sage-femme doit valoriser, expliquer les conséquences et respecter les choix des patientes du moment où ils n'interfèrent pas avec la sécurité ou la surveillance materno-fœtale.

Un bon accompagnement du travail du point de vue des patientes implique le respect à la fois de leur besoin de présence, d'intimité, de réassurance tout en assurant le suivi médical. Cela constitue un programme exigeant pour les équipes, d'autant plus que tous les couples aspirent à un équilibre entre intimité et soutien, mais n'ont pas forcément la même définition de cet équilibre (23).

Enfin, concernant la posture de la sage-femme, l'article R.4127-327 du code de la santé publique énonce que « *la sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci* » (24).

3. Les compétences essentielles selon l'International Confederation of Midwives

L'International Confederation of Midwives⁹ (ICM) est une organisation non-gouvernementale qui soutient, représente et renforce les associations de sages-femmes à travers le monde. Elle collabore entre autres avec l'Organisation Mondiale de la Santé, et a établi une liste de compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme. Ce que l'ICM publie doit résonner chez les sages-femmes françaises.

En ce qui concerne les compétences générales, l'ICM encourage les sages-femmes à aider les patientes à faire leurs propres choix au sujet des soins qu'elles reçoivent : les patientes doivent connaître leurs droits. Pour ce faire, la professionnelle doit plaider pour que la patiente soit au cœur de la prise de décision concernant ses soins, et doit l'aider à déterminer ses besoins, ses connaissances, compétences, sentiments et préférences tout au long de la prise en charge. C'est d'une collaboration sage-femme – patiente que naît le programme de soins complet qui respecte les préférences et décisions des femmes (25). Pour une communication efficace, il est préconisé d'écouter l'autre de façon impartiale et empathique, en respectant son point de vue, en encourageant l'expression d'opinions et de perspectives diverses, et de transmettre les informations clairement et de manière précise, tout en répondant aux besoins des individus. La sage-femme doit faire preuve de sensibilité culturelle à l'égard des femmes et des familles, et doit établir des limites éthiques et culturellement appropriées pour que la relation avec la patiente reste professionnelle. C'est à la sage-femme de faciliter le travail d'équipe et les soins interprofessionnels ; elle doit faire le lien entre les différents acteurs (patiente, étudiant, médecin...).

Pendant le travail, la sage-femme doit promouvoir la physiologie au moyen d'évaluation des réponses physiques et comportementales de la femme pendant le travail, prévenir les interventions routinières inutiles, et encourager la liberté de mouvement et les changements de positions. Elle doit fournir des soins individuels et respectueux, doit soutenir et encourager la femme et son accompagnant. Lorsqu'un examen physique est réalisé, la sage-femme doit savoir l'interpréter et l'expliquer à sa patiente (6).

⁹ La confédération internationale des sages-femmes

Population et méthode

I. Population

1. L'échantillon de l'étude

Les femmes incluses dans l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- Primipare ou multipare hospitalisée en post-partum dans la maternité d'un centre hospitalier de l'Allier
- Accouchement dans ladite maternité et qui répond aux critères de la HAS sur l'accouchement normal (grossesse à bas risque, accouchement voie basse spontané non instrumental d'un enfant unique né par le sommet entre 37 et 42SA, qui va bien, et dont le post-partum immédiat est sans complications pour la mère et pour l'enfant).
- Première expérience d'analgésie péridurale pendant le travail
- Suivi du travail par la même sage-femme jusqu'à l'accouchement (avec au moins une heure de surveillance par cette sage-femme avant la pose de l'analgésie péridurale).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Femme ne maîtrisant pas la langue française
- Femme suivie par l'investigatrice en salle de naissance

II. Méthode

1. Type d'étude

L'étude est de type qualitatif, à visée descriptive et interprétative, respectant la volonté d'authenticité. En effet, un temps libre de parole était souhaité pour permettre

aux participantes de s'exprimer aussi bien verbalement que corporellement via des questions ouvertes et semi-directives.

2. Rappel des objectifs

L'objectif principal de l'étude était de comprendre le ressenti des parturientes qui sont sous analgésie péridurale pour la première fois, notamment quant à leur prise en charge par les sages-femmes en salle de naissance.

L'objectif secondaire était d'identifier les besoins et les attentes des femmes pour les préparer et les accompagner au mieux à un accouchement sous analgésie péridurale (lors des consultations prénatales, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, du travail et du post-partum immédiat).

3. Le mode de recueil de données

Les témoignages des femmes ont été recueillis au cours d'entretiens semi-dirigés, enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont été effectués à l'aide d'une grille d'entretien élaborée à partir des thèmes issus de la revue de littérature (Annexe I).

Les entretiens ont été intégralement retranscrits par l'enquêtrice à l'aide du logiciel de traitement de texte Word, permettant l'obtention de verbatims.

4. Le déroulement de l'étude

Le recrutement et les entretiens avec les participantes ont eu lieu de juillet à octobre 2020. En juillet, alors que l'enquêtrice (étudiante sage-femme) était en stage dans la maternité où se déroulait l'étude, elle se rendait régulièrement dans le service de maternité afin de recruter les patientes. Une fois le stage terminé, elle téléphonait au service de maternité pour se renseigner sur les patientes éligibles, et pour savoir quand venir les recruter/interroger. Au final, huit patientes ont été recrutées, et aucun refus n'a été mentionné.

Tous les entretiens se sont déroulés en face à face, dans cette maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes, directement dans la chambre de la participante. La durée prévisionnelle des entretiens était estimée à 20 minutes, et dans les faits, cette durée a varié de 15 à 25 minutes.

L'enquêtrice était installée sur le fauteuil à côté du lit où était assise la patiente, afin d'instaurer un climat détendu, propice à la libre expression des femmes.

Le premier entretien était un entretien test, que l'enquêtrice a choisi de garder et d'intégrer à son étude, du fait de son contenu pertinent. A la fin des huit entretiens, le principe de saturation des données étant atteint, la responsable de l'étude a décidé de ne plus recruter davantage de patientes.

5. Le mode d'analyse des données

Les données verbales et non verbales recherchées à l'aide de la grille d'entretien et des entretiens ont constitué les critères d'analyse pour cette étude.

La première étape a consisté à établir une grille d'analyse qui a permis de collecter les données par unités de significations, puis de les regrouper en catégories homogènes afin de les intégrer à de grands thèmes qui établissaient chacun un noyau de sens.

Pour l'élaboration des résultats, une analyse thématique du contenu a été réalisée. Elle implique une analyse descendante des verbatims à partir des thèmes issus de la littérature (qui ont servi pour l'élaboration de la grille d'entretien) jusqu'au contenu des entretiens. Par la suite, l'analyse ascendante a permis de faire émerger des thèmes non cités dans la littérature à partir des verbatims.

6. Les aspects éthiques et règlementaires

I.6.1. Avis de comités consultatifs

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD), et a été validée en juillet 2020. L'autorisation de réaliser les entretiens

a été soumise à l'approbation écrite des responsables de la maternité du lieu de l'étude, ainsi que de la directrice de mémoire de l'étude.

I.6.2. Information et consentement

Une information orale concernant l'étude a été réalisée en amont de l'entretien, avec une lettre d'information donnée en main propre quelques heures avant l'entretien, afin de laisser un temps de réflexion à chaque participante (Annexe III).

Un consentement oral a été recueilli au moment de l'entretien, concernant les modalités de l'étude ainsi que l'enregistrement des entretiens.

I.6.3. Anonymat

L'anonymat a été assuré par l'attribution d'un prénom fictif à chaque patiente. Les enregistrements ont été archivés dans un fichier sécurisé uniquement accessible par l'enquêtrice afin de conserver le secret professionnel auquel l'étudiante est également soumise.

Résultats

I. Présentation des participantes

L'ensemble des entretiens se sont déroulés dans les chambres individuelles des patientes. Du fait de la situation sanitaire, les visites étant interdites (excepté pour les conjoints), nous avons pu mener les entretiens dans le calme et sans empressement.

Un tableau (Annexe II) a été réalisé pour synthétiser les descriptions suivantes.

1. Premier entretien : Louna

Louna était accompagnée de son conjoint qui s'occupait de leur bébé. C'était une jeune primipare de 16 ans, à la fois douce et réservée, qui ne souhaitait pas d'analgésie péridurale car la mère de son compagnon lui a rapporté en garder « *des séquelles même huit ans après* ».

2. Deuxième entretien : Marine

Marine était seule avec son bébé dans les bras. Elle a gardé un excellent souvenir de son accouchement, et surtout de son accompagnement. Elle s'est montrée attentive et impliquée dans l'entretien.

3. Troisième entretien : Camille

Sa fille dormait dans le berceau, nous n'étions que toutes les trois. Nous nous étions rencontrées quelques jours auparavant lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité que j'animais, nous nous étions déjà très bien entendues. Camille est d'une douceur et d'une gentillesse à toute épreuve. Son début de travail a été rythmé par des vomissements incoercibles qui l'ont fortement déstabilisée.

4. Quatrième entretien : Maëva

Maëva était seule avec son bébé, elle était très disponible et avenante. C'est un premier enfant pour elle, et un troisième pour son conjoint. Maëva avait un projet de naissance physiologique et a finalement choisi d'avoir recours à l'analgésie péridurale, sans aucun regret car selon elle « *quand on sait pourquoi telle et telle chose sont faites, on accepte vachement plus facilement les choses, on lâche le truc* ».

5. Cinquième entretien : Manon

Manon était seule avec son bébé. Cette patiente appréhendait énormément son admission à l'hôpital car c'est un lieu source d'angoisse pour elle. De plus, son mari n'a pu se libérer et être présent qu'une fois l'APD installée. Sa prise en charge s'est très bien déroulée, ce qui l'a faite renouer avec le milieu hospitalier. Manon a beaucoup parlé, c'était un échange agréable.

6. Sixième entretien : Laura

Nous étions accompagnées de son mari et de leur bébé. Laura est quelqu'un de très sympathique, nous avons beaucoup échangé lors de cet entretien, ce qui en a fait sa richesse. En salle d'accouchement, elle a été suivie par une sage-femme et une étudiante sage-femme, situation très appréciée par cette patiente.

7. Septième entretien : Gaëlle

Gaëlle était seule avec son bébé, elle était souriante, disponible et à l'écoute. Elle savait qu'elle voulait l'APD mais appréhendait énormément car sa sœur avait eu récemment une péridurale pour son accouchement. Visiblement la pose avait été très difficile, ancrant un très mauvais souvenir dans la mémoire de sa sœur.

8. Huitième entretien : Mélanie

Mélanie était seule avec son bébé, et attendait la visite de son aîné. Ayant accouché prématurément et rapidement la première fois, c'était sa première expérience d'APD, expérience qui lui faisait peur, car elle déteste les aiguilles ! Comme tout s'est bien déroulé, j'ai interrogé une jeune mère enthousiaste à l'idée de cet entretien.

II. Avant la pose de l'analgésie péridurale

I. Vécu et ressenti des sensations de la patiente

Avant de rentrer dans le cœur des résultats, nous allons nous intéresser au contexte, qui à notre sens, est indispensable à la compréhension des résultats à venir. De façon générale, dès lors que les femmes étaient entrées en travail, elles étaient animées

par une vive douleur. Si Louna nous la décrit simplement, « *j'avais mal, c'était douloureux* », Maëva détaille davantage et nous fait comprendre qu'elle a atteint ses limites. Ses contractions ont été « *très douloureuses* » et elle ajoute : « *J'ai eu des contractions hyper rapprochées (...) qui irradiaient dans le dos, (...) j'ai compris que je pourrais pas tenir.* ».

Cette douleur des contractions est parfois déconcertante, notamment pour Laura qui avait « *tellement mal* » qu'elle « *n'écoutai[t] pas vraiment ce que [la sage-femme] [lui] disait* ».

Pour Marine, ce moment était stressant : « *je savais pas trop ce qui allait m'arriver (...) c'était un peu la panique, (...) lâchée dans le bain comme ça, (...) et puis dans la nuit ça fait vachement plus peur !* », et au contraire, Gaëlle savait précisément où elle allait : « *je savais que j'attendais juste la péridurale !* ».

1.1 Posture de la sage-femme

La rencontre et l'établissement d'un lien de confiance entre la parturiente et sa sage-femme est une étape clé pour la suite de la prise en charge. La sage-femme s'adapte et rassure ses patientes, de façon à réaliser un accompagnement optimal ne générant aucun stress supplémentaire pour la patiente. Pour Manon qui n'aime pas les hôpitaux, cet accompagnement l'a aidée à la mettre en confiance : « *la sage-femme a fait en sorte de me déstresser, elle était super calme, ce qui contrastait avec moi (rires)* ». Les sage-femmes sont parfois soumises à des contraintes d'activité, et doivent composer avec les moyens qui leurs sont impartis. Pour autant, Camille ne s'est pas sentie délaissée : « *elle a fait du mieux qu'elle pouvait malgré les contraintes du service, (...) je me suis sentie soutenue, (...) elle a été là tout le temps où il le fallait* ». Du fait de la faible activité du service à ce moment-là, Laura a pu au contraire bénéficier de plus de temps en compagnie de sa sage-femme : « *elle est restée avec moi tout le long jusqu'à ce que la péridurale soit posée. Ça m'a rassurée de ne pas me retrouver seule étant donné que mon conjoint n'avait pas le droit de rester auprès de moi pour la péridurale* ». Quant à la gestion de la douleur, la sage-femme est la personne de choix pour aider les femmes à respirer, se concentrer, faire des exercices, etc. Mélanie a ainsi été aidée par sa sage-femme en faisant « *des exercices d'étirement et de respiration* ». Quant à Manon, elle explique : « *quand je me renfermais, elle me réexpliquait bien la respiration, (...) elle me demandait bien comment je voulais faire* ».

Si quelques femmes ont profité de leurs conjoints pour les aider à gérer la douleur, pour Louna, c'est la sage-femme qui a tenu ce rôle : « *elle a été mon pilier au niveau de la douleur.* »

III. La pose de l'analgésie péridurale

1. Le moment où les patientes ont su que l'anesthésiste allait venir

Une fois le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) prévenu, les femmes sont conscientes que leur travail obstétrical va prendre une toute autre tournure du fait du soulagement de la douleur. Pour certaines, c'est un sentiment d'empressement qui leur vient en premier. C'est le cas de Marine, qui était à bout et qui s'est dit : « *Vite, ça me saoule !* ». En effet, elle était « *trop trop trop pressée d'en finir avec cette douleur !* ». De même, Maëva se rappelle s'être exclamée « *ENFIN !* ». Pour d'autres, cette nouvelle a été source de questionnement, voire d'anxiété anticipatoire. Quand il a été demandé à Mélanie ce qu'elle s'était dit lorsqu'elle a su que le MAR allait arriver, elle m'a dit : « *Panique ! Panique car j'avais vraiment peur que ça se passe mal, (...) peur de l'aiguille, peur qu'on doive me piquer trois-quatre fois, (...) je pleurais* ».

Laura était préoccupée et avait peur que le MAR « *n'ait pas le temps de venir* » et qu'elle « *accouche avant d'être soulagée* ». Et au contraire, Camille ne s'est pas posée de questions : « *je n'ai pas pensé parce que j'avais trop mal. Je ne tenais plus.* »

Pour Manon, le fait de savoir qu'elle allait bientôt être soulagée lui a amplifié ses douleurs : « *Comme je savais que j'allais être soulagée ben j'avais l'impression que c'était long, et que j'avais plus mal ! Ça doit être psychologique car en plus j'appréhendais vachement la pose !* ».

2. Rencontre avec l'anesthésiste

Comme rapporté précédemment, la pose de péridurale est source d'anxiété pour grand nombre de femmes. Aussi, une relation de confiance avec le MAR doit alors s'instaurer, pour le bon déroulement de l'acte.

L'anesthésiste de Maëva était « *très professionnelle et très accessible* », celui de Mélanie lui a dit « *on est une équipe, on va le faire ensemble !* », et celui de Gaëlle « *a bien expliqué, il était calme, donc ça [l']a rassurée* ». Toutes ces paroles, simples, ont permis aux femmes d'avoir confiance et de se rassurer.

Lorsque l'anesthésiste ne remplit pas ce rôle, on remarque que c'est la sage-femme qui s'occupe de faire le lien entre le MAR et la patiente, et c'est aussi elle qui rassure les femmes.

Dans la situation de Laura, elle nous a rapporté que le MAR « *n'a pas fait le tour pour se présenter* », et a ajouté « *j'aurais souhaité que l'anesthésiste se présente physiquement à moi* ».

Camille a bénéficié de l'APD vers trois heures et demi du matin, et nous a cité que « *il était pas super content, (...) la sage-femme était très calme, ça tempérerait avec l'anesthésiste qui pour le coup, lui, n'était pas super calme* ».

3. Mise en place de l'analgésie péridurale

Toutes les péridurales des femmes interrogées ont été posées en position assise, en tailleur, dos rond, tête baissée.

Pour Gaëlle, cette position n'a pas posé de problème : « *j'ai géré la respiration abdominale, (...) j'y suis allée avec le moins d'appréhension possible, (...) j'avais pas envie d'attendre quatre heures* ».

Pour le reste des femmes, cette position s'est avérée très compliquée à tenir.

Selon Maëva, « *cette position est pas du tout pratique, (...) en pleine contraction elle est horrible ! (...) Enroulée autour du ventre, ça appuyait sur le fond de l'utérus, (...) ça sollicitait les contractions en permanence !* ».

Camille a éprouvé de la difficulté à rester immobile : « *c'était dur de rester assise comme ça, quand on a la contraction, sans sursauter* ». Marine est du même avis : « *c'est hyper dur à garder cette position quand on a mal !* ».

4. Place de la sage-femme pendant la pose d'APD

Il n'est pas rare que les conjoints n'aient pas eu l'autorisation de rester durant le geste, ce qui a privé le cas échéant les parturientes d'un soutien certain. La présence de la sage-

femme était alors indispensable, elle constituait un soutien physique, émotionnel, et un repère connu de la femme.

Pour Mélanie qui était paniquée, la sage-femme l'a « *canalisée, apaisée et calmée* ». Elle se rappelle : « *je tremblais comme une feuille. (...) elle me parlait, (...) elle est restée à mes côtés* ».

Pour Gaëlle, cette présence bienveillante lui a aussi permis de gérer ce moment éprouvant : « *elle était apaisante. J'étais tellement au bout de ma vie qu'il fallait quelqu'un pour canaliser la situation* ». En parlant des membres de l'équipe en salle de naissance, elle reconnaît : « *Ils m'ont tellement bien mise en confiance !* ».

L'attitude et l'intonation de la sage-femme joue également un grand rôle. Laura se souvient que sa sage-femme « *avait une voix très douce, semblait avoir de l'assurance dans ce qu'elle disait* ». Elle ajoute : « *J'avoue que ça m'a rassurée. (...) elle essayait de m'occuper l'esprit ailleurs en me faisant parler de mes vacances, (...) c'était rassurant de se sentir accompagnée* ».

En plus du soutien émotionnel, la sage-femme constitue une aide et un soutien physique pour la position requise. Pour Camille qui éprouvait des difficultés : « *Heureusement qu'elle était là pour m'aider à maintenir la position, parce qu'en plus, ça n'allait jamais pour l'anesthésiste !* ».

Durant la pose de sa péridurale, Maëva était accompagnée d'une étudiante sage-femme qui a su la comprendre et lui apporter soutien et ressources : « *elle me parlait doucement, (...) sans elle je sais même pas comment j'aurais fait !* ». En parlant des sages-femmes, elle admet : « *Vous êtes vachement plus calmes, c'est carrément un plus, ça tempère bien les choses. (...) j'étais dans ma bulle mais [l'étudiante] s'est connectée à moi, a revalorisé mes efforts et franchement, ça fait du bien !* »

5. La pose de l'APD : ce qu'il en ressort

Au final, par rapport à leurs représentations antérieures, les femmes ont été agréablement surprises de la rapidité, et des sensations peu, voire non douloureuses de la pose de l'APD. Maëva nous a dit qu'elle n'a « *pas trouvé ça long* ». Laura partage cet avis : « *malgré les explications, il y a toujours une certaine appréhension, (...) mais je ne m'attendais pas à ce que la pose soit aussi rapide et peu douloureuse* ».

Au niveau des représentations, notamment sur la taille des aiguilles, Camille relativise : « *de la pose on ne voit rien ! (...) On sent l'aiguille mais c'est pas non plus si terrible* ».

Enfin, au niveau de la douleur, Marine n'a « *même pas senti qu'on [la] piquait dans le dos* », tout comme Mélanie : « *il a dû repiquer une deuxième fois si j'ai bien compris, mais, même là, j'ai pas senti !* ».

IV. Après la pose de l'analgésie péridurale

1. Installation de l'analgésie, surveillance et effets indésirables

Pour l'ensemble des participantes, l'analgésie a été effective au bout de dix à 20 minutes, comme nous le dit Manon : « *en dix minutes les contractions étaient déjà raccourcies en temps et au bout de 20 je sentais quasiment plus rien* ».

La surveillance par scopes a été considérée comme peu ou pas contraignante pour la plupart des femmes. Manon nous a rapporté : « *il y a un peu des fils de partout, mais comme j'étais couchée sur le lit ça allait, j'avais pas plus à faire (rires), (...) ça vaut largement le coup* ». Pour Maëva, le brassard à tension a été l'élément retenu comme le plus dérangent : « *le brassard c'est très très contraignant, (...) ça serre énormément, ça empêche de plier le bras, et ça réveille ! Surtout moi qui avait trop besoin de dormir !* ». Pour autant, elle l'a bien accepté : « *on m'a tout expliqué, et j'ai trouvé ça normal d'instaurer une telle surveillance* ».

Concernant les effets indésirables de l'analgésie, ils ont été rares et modérés.

Laura a ressenti « *des démangeaisons et quelques nausées mais ça n'a pas duré* ».

Maëva a vécu la même situation que Louna, qui nous dit : « *je ne sentais plus une de mes jambes mais ça ne faisait pas mal. Mais l'autre, je la sentais et je la bougeais* ».

En revanche, Camille n'a pas été soulagée de façon uniforme les premiers temps : « *au départ la péri n'a pris que d'un côté, du coup la sage-femme m'a mise du côté opposé, (...) et après quelques minutes ça allait mieux* ».

2. Déroulement du travail sous analgésie péridurale

Une fois la douleur disparue, les femmes ont bénéficié d'un moment d'accalmie après un épisode que l'on peut qualifier de violent. Pour certaines, cela leur a permis de se ressourcer et de rendre le climat plus propice à la discussion avec la sage-femme.

Pour Laura, « *une fois que j'ai été soulagée je me suis adoucie avec la sage-femme et on a pu discuter, c'était vraiment une ambiance détendue et chaleureuse. (...) Elle donnait beaucoup d'explications* ». Du même avis, Manon nous a dit avoir été alors « *détendue, on a pu parler d'autres choses que des contractions. (...) [la sage-femme] s'est mise un peu plus en retrait quand mon conjoint est arrivé. C'était appréciable cette intimité* ».

Entre l'avant et l'après péridurale, les femmes n'ont plus les mêmes attentes vis-à-vis de la sage-femme. Camille s'explique : « *j'avais besoin de dormir, (...) elle a été vraiment au top et très respectueuse, elle s'est adaptée à nous trois, et est restée très à l'écoute. (...) Je retiendrais du calme, de la bienveillance, mais à la fois quand il fallait dire les choses c'était très sain.* ».

Concernant la fréquence des examens et des visites, Gaëlle nous a rapporté que la sage-femme « *venait à la même fréquence qu'avant* ».

Durant cette partie du suivi du travail, les sages-femmes assuraient un changement de position régulier, comme nous l'a dit Manon : « *pour changer de position, c'était elle qui le faisait, parce que moi je ne sentais plus grand-chose, donc elle m'a quand même bien aidée.* », et Marine : « *elle venait régulièrement faire le point, (...) m'a toujours informée et expliqué ce qu'elle faisait, j'ai beaucoup apprécié* ».

V. Un décalage entre ce que les parturientes imaginaient et ce qu'elles ont vécu

1. Représentations antérieures versus réalité

Les femmes interrogées avaient pour la plupart suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, mais du fait du contexte sanitaire avec la COVID-19, certaines n'ont pas pu y assister. C'est le cas de Camille : « *Avec le virus, on a été un peu*

prises en charge de loin alors j'étais stressée, j'avais peur parce qu'on se sent pas accompagnée. (...) Au final, j'ai ressenti ce sentiment à aucun moment, il y a un réel intérêt pour les patientes ! ».

De ce fait, elles ont recherché de l'information ailleurs, comme sur internet, ou auprès de récits de proches, ce qui a généré parfois des peurs diverses. Louna était contre l'APD. Elle explique pourquoi : « *la mère à mon copain a été loupée pour sa péri et ça fait huit ans qu'elle a des douleurs dans le dos donc j'avais peur. (...) je pensais que j'allais avoir bien plus mal au dos que ça »*

Gaëlle avait « *peur d'être paralysée, que ça ralentisse le travail, (...) les autres mamans [l'ayant] confortée dans [sa] peur »*. Quant à Laura, elle avait « *peur de poser la péridurale trop tôt et qu'elle ne puisse pas agir sur l'intégralité du travail »*. Finalement, elle avoue : « *J'ai vécu pleinement mon accouchement sans souffrir »*. Marine avait « *très peur de la faire »*. Elle ajoute : « *Mais au final j'ai attendu que ça (rises) »*.

Enfin, Maëva n'a pas été surprise par les conséquences de la péridurale : « *on est obligé de rester sur ce lit, on peut pas bouger seule, on peut pas uriner, mais après je le savais donc bon... »*.

2. Messages clés à destination des futures primipares

Afin d'améliorer la préparation des femmes à la péridurale, les parturientes ont retenu des messages clés qu'elles souhaitaient transmettre à de futures mères.

Pour Camille, « *le plus dur vraiment, c'est de tenir la position »*, Maëva la rejoint en disant qu'il « *faudrait s'entraîner avant »*, et d'ajouter que la péridurale « *soulage beaucoup, (...) permet de dormir un peu, c'est hyper réparateur. »*.

Marine voudrait transmettre que « *quand on a pas mal on se pose plein de questions, mais quand on a mal on s'en pose beaucoup moins ! (...) Le plus important est de se sentir écoutée et soutenue. »*.

Enfin, « *peu importe la situation, ça finira toujours par bien aller »* dixit Manon.

Discussion

I. Les Forces et faiblesses de l'étude

1. Les forces

Concernant les données de la littérature française sur ce sujet, on retrouve que peu de matière, d'où l'intérêt de cette étude.

La force de cette étude réside dans sa modalité de mise en œuvre. En effet, l'étude a été menée au moyen d'entretiens semi-directifs, permettant une description et une interprétation propre à chaque femme, concernant leur vécu de la prise en charge du travail par les sages-femmes. Malgré l'épidémie de la COVID-19, les entretiens ont pu être réalisés physiquement, en face de chaque patiente, ce qui représente un atout pour la qualité de l'échange. Le nombre d'entretiens s'explique par le principe de saturation des données. Ces entrevues s'étant déroulées durant l'hospitalisation des patientes en post-partum, elles ont permis un récit d'évènements récents, écartant le biais de mémorisation.

Les femmes interrogées ont bénéficié d'une liberté d'expression, aucune limite de temps d'entretien n'ayant été fixée *a priori*. La grille d'entretien (Annexe I) a été utilisée seulement pour guider les échanges vers des thèmes émanant de la littérature sur le sujet d'étude. La richesse des entretiens a permis d'évoquer de nouveaux thèmes, qui ont alors été approfondis lors des entretiens, puis analysés au même titre que les thèmes initiaux. Ceci atteste de la nécessité d'explorer le vécu de ces femmes, afin de compléter les données de la littérature à ce sujet.

2. Les faiblesses

Pour pouvoir faire des entretiens en face à face, cette étude s'est déroulée dans une seule maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes, lieu de stage de l'enquêtrice. L'accompagnement et le suivi des parturientes témoignent parfois des pratiques et des règles de fonctionnement, par exemple une philosophie, une politique, un état d'esprit propre à l'établissement de soin. Il aurait donc pu être intéressant de recueillir le vécu de femmes ayant accouché dans différentes maternités de niveaux différents au sein de notre région. Le caractère unicentrique fait donc partie des limites de cette étude.

Un biais pourrait apparaître du fait de la posture de l'enquêtrice (étudiante sage-femme). En effet, certaines femmes interrogées n'ont peut-être pas osé aborder les aspects négatifs rattachés à la sage-femme, par crainte de déstabiliser l'enquêtrice.

II. Le profil des femmes interrogées

Si l'on compare la population de cette étude à celle de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 (1), pour la grande majorité, les femmes interrogées faisaient partie de la tranche d'âge des « 25-30 ans » (âge moyen 26,8 ans), alors que la population de l'ENP s'étendait majoritairement sur la tranche « 25-34 ans », avec un âge moyen de 30,3 ans. Les femmes interrogées étaient donc issues d'une génération jeune, qui leur a constitué un profil commun. Chez toutes les femmes, on a retrouvé une confiance aveugle en leur sage-femme, et elles se sont beaucoup reposées sur elle, sachant que quoi qu'il advienne, elles savaient que leur sage-femme serait là pour gérer et/ou les aider à prendre les bonnes décisions.

Dans cette enquête, très peu de femmes ont déclaré être venues à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement du travail et de l'accouchement.

Le fait que les femmes n'aient pas manifesté d'attentes ou de souhaits particuliers pourrait traduire une certaine passivité, peut-être due à la société actuelle où l'on attend que tout vienne à nous, ou au fait qu'en cette période de COVID-19 les femmes se soient senties comme « dépossédées » de leur suivi de grossesse et de leur préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, un nombre non négligeable de femmes interrogées ont été privées de PNP, ce qui a accentué leurs inquiétudes et limité le dialogue avec les soignants à propos de leurs souhaits. Ce point a d'ailleurs été clairement analysé par Evrard (2020), et en effet, ces événements peuvent expliquer un manque de ressources pour ces femmes, au niveau de l'information et du soutien, traduisant une entrave à la projection et à l'élaboration du projet personnel de naissance (26).

D'après les recommandations de 2005 par la HAS (27), les objectifs de la PNP sont d'informer, expliquer et apporter de nouvelles connaissances sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, accompagner la femme et le couple dans ses choix et

décisions vers la parentalité, renforcer la confiance en soi chez la femme, créer des liens sécurisants avec l'équipe professionnelle, etc.

L'identification des besoins d'information, des pistes de compétences à développer chez les futurs parents, et la planification de la PNP se fait lors de l'Entretien Précoce Prénatal (EPP), ce qui permet une adaptation et une structuration du contenu des séances. C'est la femme qui exprime ses besoins, en collaboration avec le professionnel de santé.

Il s'agit de reconnaître l'expérience et le savoir-faire de la femme et du couple, s'assurer que la décision finale appartienne toujours à la femme pour que ses souhaits puissent contribuer à l'accueil de son enfant dans les meilleures conditions.

De par la situation sanitaire, c'est coupées de la sphère sociale que les femmes ont vu leur suivi se modifier, les privant parfois de PNP, ou en suivant une PNP *a minima* (en visioconférence par exemple). On peut penser que cette situation a été propice à une « auto-préparation » à l'accouchement, en ayant pour sources d'informations des récits de proches, ou bien internet, avec des informations pas toujours fiables.

Comment la femme enceinte a-t-elle pu avoir confiance en elle sans bénéficier d'une PNP complète prévue à cet effet ?

On peut alors comprendre que pour l'accouchement, ces femmes aient eu plus confiance en leur sage-femme, qui maîtrise l'art des accouchements, qu'en elles-mêmes.

III. La sage-femme, au cœur de la surveillance de la parturiente sous APD

1. Discussions générales sur le suivi du travail sous APD

La littérature médicale témoigne de l'importance du soutien continu dans la gestion de la douleur des femmes en travail. Plusieurs articles de la Cochrane (28) rapportent que le simple fait d'être soutenue et aidée tout au long des étapes conduisant à l'accouchement pourrait augmenter le sentiment de contrôle, de gestion de la douleur, et la confiance des femmes en leurs propres forces et en leurs capacités à accoucher.

En effet, cette étude va dans ce sens, en affirmant que la sage-femme et/ou le conjoint joue un rôle clé dans la réassurance, et dans la gestion des contractions, et *a fortiori*, de la douleur.

A la lecture des entretiens, on note une adéquation entre les attentes institutionnelles au regard des compétences attendues de la part d'une sage-femme (21), et ce que les femmes interrogées ont perçu de leur prise en charge par les sages-femmes. En effet, dans la situation 4 du référentiel métier et compétences des sages-femmes (2010), il est stipulé que la sage-femme doit aider sa patiente à gérer la douleur, notamment en recueillant ses souhaits, et en sollicitant et collaborant activement avec d'autres professionnels de santé, comme les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), pour envisager la pose d'une analgésie péridurale (21). Nous avons constaté qu'une relation de confiance s'instaurait rapidement entre le MAR et la patiente quand celui-ci se présentait à elle, lui expliquait le déroulement de la prise en charge etc... ce qui contribuait largement au bon vécu de l'acte analgésique et du travail obstétrical. *A contrario*, si cette relation peinait à s'installer, c'était à la sage-femme de compenser ce déséquilibre, et de faire le lien entre tous les professionnels et la patiente, pour que cette dernière garde confiance en l'équipe. L'étude rapporte un certain professionnalisme de la sage-femme, à chaque étape du suivi du travail, comme en exigent les compétences transversales du métier (21).

Une fois la parturiente soulagée de ses douleurs par l'analgésie péridurale, une baisse de la qualité de la prise en charge par la sage-femme était redoutée par l'enquêtrice, avant la mise en œuvre de cette étude. En effet, dans le centre hospitalier où s'est déroulée l'étude, l'enregistrement cardiotocographique du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines ainsi que le monitoring maternel étaient accessibles depuis le bureau des sages-femmes, ne rendant pas obligatoire l'entrée dans la salle d'accouchement pour s'assurer de la bonne santé materno-fœtale. Mais vérifier la santé ce n'est pas juste observer un bon tracé, c'est aussi être aux côtés de la femme, discuter avec elle, échanger sur ses besoins, envies, interrogations... C'est la sage-femme qui fait le choix ou non d'aller voir la femme, car si celle-ci ne sonne pas, sa sage-femme peut ne pas y aller régulièrement.

Pour rappel, la HAS recommande, durant le premier stade du travail sous péridurale, d'enregistrer les contractions utérines et le rythme cardiaque fœtal en continu, la fréquence cardiaque maternelle toutes les heures, de relever une température et une tension artérielle toutes les quatre heures, et de proposer un toucher vaginal à la demande, toutes les quatre heures au maximum. En ce qui concerne le second stade, une surveillance rapprochée est recommandée : relever les paramètres hémodynamiques

maternels toutes les heures, proposer un toucher vaginal toutes les heures, et un enregistrement cardiotocographique continu si la femme bénéficie d'une APD (3).

Au final, la sage-femme respecte les recommandations si elle ne va voir sa patiente que toutes les quatre heures durant le premier stade, mais suscite un questionnement quant à l'accompagnement psychologique... Une fois de plus, la technologie est à utiliser avec parcimonie car elle constitue certes une aide, un gain de temps pour la surveillance du travail lors de période de forte activité, mais ne doit en aucun cas être un motif pour n'aller voir la femme uniquement pour réaliser un toucher vaginal. Il est important de ne pas creuser davantage le fossé qu'il y a entre la prise en charge d'une patiente sous APD et d'une patiente sans analgésie.

Les professionnelles semblent, aux yeux des patientes, être présentes juste ce qu'il faut, respectant le repos et l'intimité de la femme et du couple. Cette préservation de l'intimité est une des compétences transversales (21), qui respecte les droits, les besoins, et les attentes des patientes.

Une fois l'analgésie bien installée, le suivi de l'évolution du travail a semblé être poursuivi à la même fréquence pour l'ensemble des parturientes, c'est-à-dire une visite de la sage-femme environ toutes les heures, en prenant toujours le soin d'informer, de soutenir, et d'intervenir à bon escient, préservant la physiologie, comme le recommande le référentiel métier (21).

La question que l'on peut se poser est la suivante : est-ce que les sages-femmes profitent assez de ces moments de calme pour être aux côtés de la parturiente ?

Car grand nombre de femmes profitent de l'absence de douleur pour se reposer, voire même s'endormir. Durant ces moments de passivité, qu'en est-il de la connexion entre les futures mères et leurs bébés ? Comment se préparent-elles à devenir maman tout en dormant, et en étant déconnectées des sensations qui vont la rendre mère ? On pourrait penser qu'accoucher sans péridurale oblige la mère à ressentir ce qui se passe dans son corps et à sentir son enfant progresser vers la vie extra-utérine. En conservant toutes ses sensations, la femme est guidée dans ses gestes, postures, ressent en permanence son bébé bouger, perçoit ses efforts, et sait que chaque contraction la rapproche un peu plus du moment où il sera dans ses bras.

Lorsque la patiente bénéficie de l'APD, c'est peut-être à la sage-femme de prendre le soin de reconnecter la mère à son enfant à naître, ainsi que de raviver des sensations faisant réaliser à la femme ce que son enfant traverse, et ce que son corps met en œuvre pour rendre possible l'enfantement.

Ensuite se pose une autre question : certaines femmes qui n'avaient pas émis le souhait de recourir à une analgésie péridurale mais qui au final en ont bénéficié, n'auront pas forcément reçu au préalable d'informations suffisantes à ce sujet. Ainsi, il se peut que certaines d'entre elles se sentent moins investies dans le déroulement de l'acte et de la tournure que va prendre leur travail, pouvant aller jusqu'à la sensation d'être moins actrices de leur prise en charge. Lors de séances collectives de préparation à la naissance et à la parentalité, le thème de la péridurale est généralement abordé, alors qu'en préparation individuelle, selon le projet de naissance de la femme, il se peut que ce sujet ne soit pas abordé. Est-ce que les sages-femmes pratiquant la préparation à la naissance et à la parentalité de façon individuelle devraient davantage préparer les patientes aux deux cas : accouchement avec ou sans péridurale ? Notre réflexion nous amène effectivement à nous poser cette question.

L'étude du CIANE « Douleur et accouchement » semble nous apporter une partie de la réponse (11). Il semblerait que les femmes de l'étude n'ayant initialement pas souhaité avoir recours à l'APD et qui l'ont finalement eue soient insatisfaites à 56%.

Les motifs de cette insatisfaction sont, entre autres, le manque d'information en amont sur la technique.

D'autres raisons sont évoquées par les résultats du CIANE, mais qui ne peuvent être comparés ou mêlés à notre étude, comme le manque d'accompagnement et d'écoute par le personnel, et l'insistance sur la proposition de la technique (11).

2. Réponse aux objectifs de l'étude

Pour répondre explicitement à notre objectif principal, qui était de comprendre le ressenti des parturientes qui sont sous analgésie péridurale pour la première fois, notamment quant à leur prise en charge par la sage-femme, on peut tirer plusieurs conclusions.

La première étant qu'à leur arrivée, lorsque les femmes avaient mal, elles établissaient un lien de confiance rapide avec la sage-femme qui leur tendait la main. Elles avaient donc, de ce fait, une personne neutre à qui se raccrocher, qui sécurisait leur espace et les soutenaient. Ce cadre rassurant permettait aux femmes de gérer au mieux ces moments

douloureux. Les sages-femmes organisaient tout autour de leurs patientes, de façon à soulager leur douleur au plus vite.

Le moment de la pose de l'APD a été déconcertant pour certaines ; du fait de la présence de nouveaux professionnels, des positions à adopter, de l'enchaînement de consignes et d'informations... La sage-femme a constitué un véritable repère pour les parturientes qui, pour certaines, se sentaient perdues et démunies. A ce moment précis, les femmes ont apprécié ce soutien physique et psychologique, cette attitude apaisante qui les aidait à se concentrer et reprendre le dessus sur la douleur. Au final, cette pose a été vécue comme rapide et peu douloureuse.

Une fois soulagées par la douleur, les patientes se sont senties libérées, apaisées, prêtes à reprendre des forces, certaines en ont même profité pour dormir. Pour d'autres, c'était l'occasion de discuter davantage avec la sage-femme, car pleinement disponibles.

Le suivi du travail s'est déroulé dans le respect et la bienveillance, et les sages-femmes faisaient régulièrement le point sur l'avancée du travail, tout en échangeant avec leurs patientes, et en s'adaptant à elles, entretenant ce lien de confiance.

L'objectif secondaire était d'identifier les besoins et les attentes des femmes pour les préparer et les accompagner au mieux à un accouchement sous analgésie péridurale. Après analyse des résultats, on a vu que les femmes qui arrivaient en salle d'accouchement n'avaient pas d'attentes particulières si ce n'était une écoute attentive, un accompagnement et du soutien de la part des sages-femmes.

Cependant, un travail d'information et de simulation de pose d'APD serait à approfondir en amont, par exemple lors de consultations prénatales, PNP, au moment du travail, voire même en post-partum immédiat, pour démystifier l'analgésie péridurale (Cf. projet d'action).

IV. Projet d'action

Les appréhensions rapportées par les femmes concernant la péridurale peuvent être nombreuses et variées, parfois injustifiées, ce qui souligne l'importance d'une information claire par un professionnel de santé qualifié, quel que soit le type de préparation à la naissance proposé.

Un travail de préparation est à mener sur ces représentations, notamment en démystifiant lors des séances de PNP l'analgésie péridurale pour désamorcer les principales craintes comme un travail plus long, des séquelles au niveau du système nerveux, une paralysie, des conséquences sur le bébé, etc...

Il faut transmettre aux femmes qu'elles feront partie d'une équipe, dans le sens où elles ne seront jamais seules et qu'elles pourront échanger avec les soignants, qu'elles ne verront rien de l'acte analgésique et seront informées *a priori* de tout.

La préparation à la naissance et à la parentalité sert aussi à prévenir que, en effet, les contractions utérines feront mal et que, lorsque la femme saura que l'anesthésiste viendra poser la péridurale, elle aura encore plus hâte d'être soulagée. De ce fait, son corps atteindra ses limites et « lâchera », et elle percevra alors les contractions comme plus douloureuses, avant d'être soulagée par l'analgésie.

Il pourrait paraître pertinent de créer un atelier « posture pour la pose de l'APD » afin de faire prendre conscience de la posture requise et de s'entraîner à maintenir cette position assise, immobile, et de proposer de prendre une tension artérielle au tensiomètre électronique, en leur disant que le pire dans la péridurale pour certaines femmes, c'est « ça ».

Comme évoqué précédemment, la connexion mère-enfant peut parfois être affectée une fois l'analgésie péridurale posée. Lorsque la sage-femme assure la surveillance clinique de sa patiente, il serait souhaitable qu'elle ne manque pas d'évoquer le bébé à chaque passage dans la salle de naissance, afin de recentrer la future mère et la reconnecter si besoin à son bébé.

Conclusion

Cette étude a permis de recueillir et d'analyser le vécu de huit femmes concernant la prise en charge de leur travail sous analgésie péridurale par les sages-femmes. Même si ce vécu fut unanimement bon, il a été influencé par des représentations issues du vécu de leur entourage, de sources d'informations diverses et variées etc...

Cette multitude de représentations qu'avaient les femmes ont eu des impact positifs et/ou négatifs sur l'appréhension du « avant-pendant-après » la pose d'APD.

De manière unanime, les femmes interrogées ont témoigné de l'importance capitale de la présence de la sage-femme durant ces étapes. En effet, ces professionnelles ont été les actrices de soins bienveillants, de soutien physique et psychologique pour leurs patientes, ce qui a grandement contribué au bon vécu du travail sous APD.

Ces vécus, propres à chaque femme interrogée, font ressortir toute l'importance de l'accompagnement médico-psycho-social individualisé de chaque femme et couple, de la période anténatale jusqu'au post-partum. Cet accompagnement personnalisé nécessiterait de multiplier les temps d'écoute, d'échange et d'information entre les couples et équipes obstétricales. Cette perspective semble être utopique du fait de la crise sanitaire de la COVID-19 qui a mis parfois à mal certains aspects humains du métier et du suivi obstétrical. Il semblerait pertinent d'envisager et de développer de nouvelles solutions combinant sécurité et suivi de qualité.

En revanche, la préparation à la naissance et à la parentalité est un dispositif essentiel pour permettre aux futures mères de se préparer, entre autres, à l'accouchement. Il serait intéressant, dans une autre étude, d'explorer les méthodes utilisées par les sages-femmes pour préparer les femmes à l'analgésie péridurale.

Références bibliographiques

1. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale : rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2016 [cité 6 déc 2019] p. 50-4. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
2. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. CIANE. 2012 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf
4. Article R.4127-325. Code de la santé publique (2012).
5. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance: la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique » [Internet]. 2012 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/position_acc_physio_121205.pdf
6. International Confederation of Midwives (ICM). Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme [Internet]. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf>
7. Carbonne B, Tsatsaris V, Noto S, Milliez J. Marqueurs de l'asphyxie per-partum. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 1997;21:183-211.
8. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. JORF n°0244 (2011).
9. Marchand S. Le phénomène de la douleur: comprendre pour soigner. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
10. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. Rev Kinesither. 2017;17(186):44-5.
11. Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Douleur et accouchement [Internet]. CIANE. 2013 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
12. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;7(CD003766):1-131.
13. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Déclaration de

principe commune sur l'accouchement normal. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(12):1166-8.

14. Gagnon R, Hébert E, Bédard N, Lachapelle M, Simard S, Taschereau M-È. Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur [Internet]. 2013 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/travail-et-accouchement-preparation-accompagnement-et-methodes-pour-composer-avec-la-douleur.pdf>
15. Article R.4127-318. Code de la santé publique (2012).
16. Capogna G, Stirparo S. Techniques for the maintenance of epidural labor analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013;26(3):261-7.
17. David S. Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu de l'accouchement chez les primipares [Internet] [Mémoire: Sage femme]. [Clermont Ferrand]: Université d'Auvergne; 2013 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/90/92/59/PDF/2013-MSF-DAVID-S.pdf>
18. Aragão FF de, Wanderley de Aragão P, Martins CA, Silva Leal KFC, Ferraz Tobias A. Neuraxial labor analgesia: a literature review. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69(3):291-8.
19. Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésie obstétricales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2004;33(3):179-91.
20. Keïta-Meyer H, Golmard J, Faitot V. Dysfonction vésicale en anesthésie. *Mise Au Point en Anesthésie Réanimation.* 2010;28:117-29.
21. Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical guideline [Internet]. London: NICE; 2017 [cité 26 mars 2020]. Report No.: Clinical Guideline 190. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734770>
23. CIANE. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement? [Internet]. CIANE. 2014 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>
24. Article R.4127-327. Code de la santé publique (2012).
25. La Hague. Keeping Birth Normal. *ICM.* 2014;1-2.
26. Evrard A. Crise sanitaire et transgression. *Sages-Femmes.* 2020;19(5):46-8.

27. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
28. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C. Le soutien continu pour les femmes pendant l'accouchement. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 24 févr 2021];7(CD003766). Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Glossaire

Analgésie loco-régionale : ou encore appelée analgésie péridurale, consiste à injecter des anesthésiques locaux dans l'espace épidural. Une action par diffusion au niveau des racines de la moelle épinière permet le soulagement de la douleur des contractions utérines.

Partogramme : enregistrement graphique largement utilisé en obstétrique traçant les progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus.

Travail obstétrical : Il survient généralement à la fin de la grossesse et permet la naissance de l'enfant et l'expulsion des annexes fœtales (placenta, liquide amniotique). Il comprend les contractions utérines, la dilatation du col de l'utérus, le passage du mobile fœtal dans le bassin osseux maternel et l'expulsion de la tête fœtale hors des voies génitales de la parturiente.

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Tableau synthétisant les caractéristiques des patientes

Annexe III : Lettre d'information destinée aux patientes

Annexe I : Grille d'entretien

- Posture de la sage-femme en salle de naissance, entre l'entrée en SDN et juste avant la pose de l'APD ?
→ *Présence, informations, explication des gestes, gestion de la douleur, attitude ?*
- La sage-femme a-t-elle fait ce que vous attendiez d'elle dans l'attente de l'APD ? → *Gestion de la douleur, informations, suivi, actes, positions... ?*
- Combien de temps après votre arrivée à la maternité avez-vous eu la péridurale ? → *Limites atteintes / gestion de la douleur ?*
- Vos préoccupations lorsque vous avez su que l'anesthésiste allait venir ? → *Pensées, posture de la SF ?*
- Pendant la préparation du matériel pour la péridurale, que faisait la sage-femme ?
- Pendant la pose de la péridurale, que faisait la sage-femme ?
- Comment avez-vous vécu ce moment ?
→ *Rôle réel et attendu de la SF, pertinence et utilité de ce qu'elle faisait ?*
- Au bout de combien de temps environ avez-vous été soulagée par la péridurale ? → *Satisfaction, efficacité ?*
- Sensations désagréables suite à la péridurale ?
→ *Problème résolu ? par qui ?*
- Surveillance de la péridurale contraignante (prise de la tension...) ?
→ *Par qui ? Explications données par la SF*

- Une fois soulagée par la péridurale, est-ce que votre relation avec la sage-femme a changé ? Dans quelle mesure ?
 - *Car changement au niveau de la sage-femme ? (Présence, communication, disponibilité, information, douceur gestes/voix, aide pour changer de position...)* → *Car changement au niveau de la femme ? (Plus à l'écoute, moins algique...)*

- Ce que vous aviez imaginé de la péridurale (la pose, les sensations, la surveillance, etc...) correspond à ce que vous avez vécu ?
 - *Préparation à la naissance, consult anesth, entourage... informations données pertinentes, suffisantes ?*

- Qu'auriez-vous aimé savoir de plus sur la péridurale pendant votre grossesse ?

Annexe II : Tableau des patientes classées par ordre chronologique d'entretiens.

Prénom	Age	Date de l'entretien	PNP	Présence du conjoint pendant le travail	Présence du conjoint pendant la pose de la péridurale	Durée d'attente de la péridurale
Louna	16	Juillet 2020	Non	Oui	Non	Inconnue
Marine	27	Juillet 2020	Oui	Oui	Oui	4 heures
Camille	30	Juillet 2020	Oui	Oui	Non	3 heures 45
Maeva	28	Juillet 2020	Oui	Oui	Oui	1 heure 30
Manon	26	Août 2020	Oui	Après la pose de la péridurale	Non	1 heure 45
Laura	28	Août 2020	Non (confinement)	Oui	Non	30 minutes
Gaëlle		Octobre 2020	Oui	Non	Non	1 heure
Mélanie	33	Octobre 2020	Non	Oui	Oui	Inconnue

Annexe III : Lettre d'information destinée aux patientes

LETTRÉ D'INFORMATION

PRISE EN CHARGE, PAR LES SAGES-FEMMES, DU TRAVAIL SOUS ANALGÉSIE PÉRIDURALE :

LE VÉCU DES PATIENTES

Investigateurs : M***** ***** ***** , étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand, sous la direction de Madame ***** ***** A***** , sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail à l'adresse suivante : m*****.*****@etu.uca.fr

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Prise en charge, par les sages-femmes, du travail sous analgésie péridurale : le vécu des patientes".

Cette étude est engagée au sein de la maternité du Centre Hospitalier de Vichy. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame ***** ***** A***** , sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont Ferrand.

1. Pourquoi cette étude ?

En France, de plus en plus de femmes bénéficient de la péridurale pendant le travail. De nombreuses enquêtes de satisfaction ont déjà été réalisées, via des questionnaires, et elles étaient très axées sur la prise en charge de la douleur. M***** ***** ***** souhaiterait aller plus loin grâce à un entretien (et non un

questionnaire) pour mieux comprendre l'expérience des femmes qui ont bénéficié d'une péridurale.

2. L'étude en pratique

Durant leur séjour en maternité, des dames répondant aux critères adaptés à l'étude seront interviewées par M***** ***** ***** dans leur chambre de manière individuelle, sous réserve de leur accord, pour parler du vécu de leur accouchement sous péridurale.

L'échange sera enregistré avec un téléphone et retranscrit dans son intégralité pour pouvoir être analysé par l'étudiante. Puis, l'enregistrement sera détruit.

3. Confidentialité et sécurité des données

Les éventuelles données personnelles seront anonymisées. Sachez aussi que le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la [loi n° 2018-493 du 20 juin 2018](#)), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la [loi n° 2018-493 du 20 juin 2018](#)), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la

possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à M***** ***** ***** , (M*****.*****@etu.uca.fr) Université d'Auvergne, 5ème étage R1, 28 Place Henri Dunant - BP 38 - 63 001 Clermont Ferrand Cedex 1.

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

***** ***** M*****, étudiante sage-femme :

M*****.*****@etu.uca.fr

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, M***** ***** :

M*****@chu-clermontferrand.fr CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 ClermontFerrand

RÉSUMÉ :

Introduction : L'anesthésie loco-régionale est actuellement en première ligne des méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur du travail. L'exploration du vécu des femmes qui ont eu recours à cette méthode est nécessaire.

Méthode : L'objectif était de comprendre le ressenti des parturientes sous analgésie péridurale pour la première fois, notamment quant à leur prise en charge par les sages-femmes en salle de naissance. Une étude qualitative à visée descriptive et interprétative a été réalisée dans une maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Huit femmes ont été interrogées durant leur séjour à la maternité grâce à des entretiens semi-directifs.

Résultats : Les représentations de la péridurale viennent de témoignages de proches ou, pour certaines, des séances de préparation à la naissance. Souvent angoissées et au bout de leurs limites juste avant l'analgésie, les femmes ont finalement bien vécu le travail grâce au soutien et à l'accompagnement de leur sage-femme.

Discussion : Le suivi du travail par la sage-femme, décrit dans l'étude, est en adéquation avec les compétences attendues de cette professionnelle. Pour éviter tout stress inutile, les femmes pourraient être davantage préparées à ce qu'elles vivront avant, pendant et après la pose de l'analgésie.

Conclusion : La préparation à la naissance, le soutien de la sage-femme et de l'accompagnant participent au bon vécu du travail sous péridurale.

Mots clefs : Péridurale – Vécu – Prise en charge – Travail obstétrical – Sage-femme

ABSTRACT :

Background : Loco-regional anesthesia is currently at the forefront of pharmacologic methods of labour pain relief. Understand and search for the feeling of women who have used this method is necessary.

Methods : The objective was to understand the feelings of parturients under epidural analgesia for the first time, particularly with regard to the midwives medical care in the delivery room. A qualitative study with descriptive and interpretative aims was carried out in a type II maternity hospital in the Auvergne-Rhône-Alpes region. Eight women were interviewed during their stay in the maternity ward by semi-structured interviews.

Results : Representations of the epidural come from testimonies of close relations or, for some, from the sessions of birth preparation. Often anxious and at the end of their limits during labour, women finally have a great labour experience, thanks to the support and guidance of their midwife.

Discussion : The midwife's monitoring of labour, as described in the study, is consistent with the skills expected of this professional. To avoid unnecessary stress, women could be better prepared for what they will experience before, during, and after analgesia.

Conclusion : The birth preparation, the support of the midwife and of the accompanying person take part in the good experience of the labour under epidural analgesia.

Keywords : Epidural – Experience – Management – Labour – Midwife