



HAL
open science

Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale

Elise Aimé

► **To cite this version:**

Elise Aimé. Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01844729

HAL Id: hal-01844729

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844729v1>

Submitted on 19 Jul 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

*Merci à Costa, Mata, Laure, Anne-Laure, Laura, Aline, Charline et Émilie
pour leurs conseils et leur amitié,
à mes parents et mes frères pour leur soutien,
à Rémi et nos enfants, Sacha et Mila pour leur patience,
à Hélène Lemoine et Julie Guibert pour leur aide,
aux professionnels et aux patientes pour le temps qu'ils m'ont accordé.*

Ce travail est dédié à Christine, qui est partie trop tôt pour le lire.

Sommaire

Liste des abréviations.....	4
Introduction.....	6
Première partie : données de la littérature	7
1 La péridurale, une analgésie obstétricale de choix.....	8
1.1 La douleur obstétricale et ses retentissements.....	8
1.2 L'analgésie péridurale	9
2 la mobilité des parturientes participe à la mécanique obstétricale	11
2.1 Les positions obstétricales	11
2.2 Leurs impacts sur la mécanique obstétricale	11
2.3 Leur influence sur l'issue obstétricale.....	13
2.4 Conclusions des auteurs et recommandations.....	14
3 Vers une analgésie péridurale « a minima », déambulatoire.....	15
3.1 L'analgésie péridurale déambulatoire en pratique.....	15
3.2 Intérêts et limites.....	16
Deuxième partie : problématique et étude.....	19
1 Matériel et méthode.....	20
1.1 Hypothèses	20
1.2 Populations	21
1.3 Recueil et analyse des données.....	21
1.4 Aspects éthiques.....	22
1.5 Aspects réglementaires.....	22
1.6 Moyens.....	22
2 Principaux résultats.....	23
2.1 Entretiens auprès des professionnels.....	23
2.2 Entretiens auprès des patientes.....	28
Troisième partie : analyse des résultats et discussion	32
1 Analyse des résultats de l'étude.....	33
1.1 Confrontation des hypothèses aux résultats	33
1.2 Confrontation des résultats à la littérature.....	36
2 Discussion : limites et perspectives de ce travail	38
2.1 Principales limites de l'étude et axes d'amélioration.....	38
2.2 Discussion et contextualisation de ce travail	39
Bibliographie.....	43
Annexe 1 : guide d'entretien patientes.....	I
Annexe 2 : Guide d'entretien professionnels.....	III
Annexe 3 : Diagrammes des entretiens avec les patientes	V

Liste des abréviations

AL : Anesthésique Local

APD : Analgésie Péridurale

ARCF : Altérations du Rythme Cardiaque Fœtal

AWHONN : Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français

CSP : Code de la Santé Publique

DD : Décubitus Dorsal

DL : Décubitus Latéral

DLD : Décubitus Latéral Droit

DLG : Décubitus Latéral Gauche

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

HAS : Haute Autorité de Santé

HypoTA : Hypotension Atréiella

MAPAR : association Mises Au Point en Anesthésie Réanimation

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

PG : Position Gynécologique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RA : Rachianesthésie

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RPC : Rachianalgésie Péridurale Combinée

TENS : NeuroStimulation Électrique Transcutanée

PRÉFACE

Les études de Sage-femme mènent à participer à la prise en charge de parturientes sous analgésie péridurale.

Il arrive que la dilatation cervicale stagne, que le fœtus se présente de façon dystocique ou ne s'engage pas. Nos apprentissages théoriques laissent penser que, dans de telles situations, mobiliser les femmes favorise la mécanique obstétricale.

Cependant, la péridurale limite souvent les possibilités : proposer de quitter le lit, de se verticaliser ou d'utiliser la force motrice des jambes semble souvent inenvisageable.

Il fut surprenant de constater, au cours d'un stage à la maternité des Bluets (Paris), que les parturientes, sous analgésie péridurale, marchaient ou s'asseyaient sur un ballon à côté de leur lit. Elles se comportaient quasiment comme celles qui n'avaient pas d'analgésie, mais semblaient soulagées.

Cette découverte a induit une démarche de recherche et de réflexion concernant l'analgésie péridurale déambulatoire, aboutissant à ce mémoire.

Introduction

Le travail et l'accouchement provoquent, chez la plupart des femmes, une douleur intense qui, outre son retentissement psychologique, peut être délétère pour la mère et le fœtus. Les professionnels de la naissance s'attachent donc à la soulager. L'analgésie péridurale constitue, à ce jour, la plus efficace et la plus sûre des méthodes. Mais le bloc moteur qu'elle entraîne peut altérer la mécanique obstétricale.

Or, préserver l'eutocie est une préoccupation fondamentale dans la prise en charge des parturientes. La mobilité maternelle est primordiale pour la physiologie de l'accouchement. De nombreux travaux montrent qu'elle favorise la progression fœtale dans le bassin, optimise la dynamique utérine, favorise l'accouchement par voie basse et limite les traumatismes périnéo-vulvaires graves.

Comment favoriser la physiologie tout en soulageant efficacement les femmes ? Ce mémoire mène une réflexion sur la mobilité des parturientes sous analgésie péridurale. Les pratiques évoluent depuis une quinzaine d'années, afin de minimiser le bloc moteur des femmes. Les concentrations d'anesthésique local utilisées sont de plus en plus faibles. On parle désormais de « péridurale déambulatoire ».

La première partie de ce mémoire fait le point sur les données de la littérature. Elles montrent que mobiliser les patientes sous analgésie péridurale est sans danger et améliore leur vécu. Certaines études concluent, de plus, à des bénéfices sur le pronostic obstétrical, maternel et fœtal. Néanmoins, en pratique, dans de nombreuses maternités, les parturientes sous péridurale se mobilisent peu. Il est rare qu'elles quittent leur lit, se verticalisent ou déambulent.

Pourquoi certaines maternités utilisent l'analgésie péridurale déambulatoire et d'autres non ? Telle est la question de recherche qui a motivé ce travail. Une étude, présentée dans la seconde partie du mémoire, a été réalisée. Des entretiens ont été menés auprès de patientes et de professionnels, dans deux établissements : la maternité des Bluets (Paris) et la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN). L'objectif était de répondre à la problématique suivante : Pourquoi l'analgésie péridurale déambulatoire est employée au quotidien aux Bluets et ne l'est pas à la MRUN ? Les résultats obtenus ont été analysés et discutés dans une dernière partie.

Première partie : données de la littérature

Préserver l'eutocie constitue un des fondements du métier de Sage-femme. Cela rejoint le droit du patient à « recevoir les soins [...] qui lui garantissent la meilleure sécurité sanitaire [...] (sans) lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté » (article L1110-5 du Code de la Santé Publique) (1).

Soulager les douleurs obstétricales constitue une deuxième préoccupation majeure: « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Elle doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » selon le même article.

Mais comment favoriser l'eutocie tout en soulageant efficacement les douleurs obstétricales ? Ce travail s'intéresse aux postures et à la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale.

1 LA PÉRIDURALE, UNE ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE DE CHOIX

1.1 La douleur obstétricale et ses retentissements

Le travail et l'accouchement provoquent chez la plupart des parturientes une douleur aiguë et intense (9,21,22). Celle-ci, outre son retentissement psychologique, peut être directement délétère pour le travail, la mère et le fœtus.

En effet, chez la mère, elle s'accompagne d'une augmentation (de 30 à 50%) du débit cardiaque et d'une tachycardie. Elle induit également une hyperventilation, responsable d'une augmentation de la consommation d'oxygène, d'hypocapnie, voire d'une alcalose respiratoire.

La douleur entraîne, de plus, une augmentation des taux de cathécolamines, de cortisol et d'acétylcholine, responsable d'une vasoconstriction utéroplacentaire. Les cathécolamines ont, de plus, un effet globalement tocolytique.

Enfin, la diminution du débit sanguin utéroplacentaire et des échanges gazeux foetoplacentaires entraîne à terme une hypoxie et une acidose fœtales(25).

1.2 L'analgésie péridurale

L'analgésie péridurale (APD) est décrite dans les années 1970 et son utilisation depuis n'a cessé de croître (en France : 4% en 1980 contre 81% en 2010) (31–33). Elle constitue à ce jour la plus efficace et la plus sûre des méthodes d'analgésie obstétricale : pouvant fournir une analgésie complète sans sédation de la mère ni du fœtus (37–39) et être transformée en anesthésie si la situation obstétricale le nécessite (27,30,33,34).

Pour les parturientes qui ne peuvent ou ne veulent pas en bénéficier, des alternatives existent (26–28): Hypnose, acupuncture, Neurostimulation électrique trans cutanée (TENS), Kalinox®, morphiniques parentéraux, blocs loco-régionaux, etc. Cependant, aucune n'apporte une analgésie comparable et surtout la possibilité d'une conversion en anesthésie péridurale pour une prise en charge chirurgicale.

1.2.1 Fonctionnement

L'APD consiste en la mise en place d'un cathéter dans l'espace péridural. Les anesthésiques locaux injectés diffusent à travers la dure mère et l'arachnoïde. Ils induisent un bloc sympathique, sensitif et moteur, plus ou moins important selon le produit utilisé, sa dose et sa concentration. L'analgésie est ensuite maintenue par des injections intermittentes, perfusion continue ou PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) (28,34).

1.2.2 Produits pharmacologiques

A ce jour, la solution anesthésique idéale (rapidement efficace avec une longue durée d'action, sans bloc moteur ni toxicité maternelle et sans effet sur l'activité utérine ou la perfusion utéro-placentaire) n'existe pas. On utilise deux classes pharmacologiques : les opioïdes (fentanil(fentanyl®) , sufentanil(sufenta®) et les anesthésiques locaux (Lidocaïne(Xylocaïne®) , Bupivacaïne(Marcaïne®), lévobupivacaïne(Chirocaïne®) , Ropivacaïne(Naropéine®)). Les morphiniques potentialisent les anesthésiques locaux. Leur adjonction permet de réduire la quantité d'anesthésiques locaux utilisée, donc le bloc moteur, sensitif et sympathique (28,33,38–40).

1.2.3 Effets indésirables

Le principal effet indésirable est l'hypotension artérielle (liée au bloc sympathique), souvent accompagnée de nausées et vomissements. Celui-ci est fréquent mais sans gravité. Il peut être minoré par des injections fractionnées, et traité par un remplissage vasculaire et/ou des injections de phényléphrine.

1.2.4 Risques

Le risque maternel le plus fréquent est l'inefficacité partielle (analgésie latéralisée ou en damier) ou totale, nécessitant une nouvelle pose de péridurale. Une brèche dure-mérienne peut également survenir (1,26 à 2,6% des cas selon les structures). Elle est traitable rapidement par un bood-patch.

La toxicité systémique des anesthésiques locaux ainsi que l'extension exagérée des blocs sont les deux complications graves dominantes. Elles sont prévenues par des injections lentes et fractionnées, ainsi que par une surveillance de la patiente.

Les complications neurologiques (méningite, hématome péri-médullaire) sont le plus souvent indépendantes de l'analgésie péridurale. Leur prévention repose sur le respect des contre-indications de la technique (troubles de la crase, infection) et sur le respect des règles d'asepsie (39).

1.2.5 Influence sur le pronostic obstétrical

L'analgésie péridurale a depuis longtemps la réputation d'altérer la mécanique obstétricale (33). En fait, ses effets sur le travail dépendent essentiellement de la nature et de la concentration des produits injectés.

En effet, les anesthésiques locaux (AL) provoquent un bloc moteur et une altération des sensations expulsives. Ceci peut entraver la descente et la rotation, augmenter la durée de travail et d'expulsion et majorer les risques d'extraction instrumentale et de césarienne (43,44,51–53). Cependant, si l'AL est très dilué, ces effets négatifs ne sont plus observés (41–48). La dilatation cervicale est même raccourcie de 40 à 90minutes lorsque l'APD est posée avant 3cm de dilatation (45–48).

Par ailleurs, trois études (49–51) montrent que l'APD est plus souvent employée pour des situations dystociques qu'eutociques. Celles-ci sont plus douloureuses et majorent les risques obstétricaux. L'analgésie péridurale serait donc intimement liée à ces situations « à risque » sans en être la cause.

Le rôle de l'APD dans l'échec de l'allaitement maternel (initiation et maintien) reste pour sa part à clarifier (33). Les résultats sont pour l'instant contradictoires et il est difficile de trouver une explication physiologique ou pharmacologique évidente à ce phénomène.

L'APD constitue en revanche un facteur de risque significatif de rétention urinaire. Elle interrompt temporairement les influx nerveux afférents de la vessie, prolonge la phase d'expulsion et favorise l'œdème périnéal local, selon deux études (33).

Finalement, l'influence négative de l'APD moderne sur la mécanique obstétricale est faible, voire inexistante puisqu'on constate une dilatation cervicale plus rapide lorsqu'une péridurale est mise en place en tout début de travail (44). Elle permet de plus la réalisation de manœuvres obstétricales ou de césariennes en toute sécurité.

2 LA MOBILITÉ DES PARTURIENTES PARTICIPE À LA MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE

En Occident, la plupart des femmes accouche en milieu hospitalier (2), dans des postures horizontales et plus particulièrement en position lithotomique (3–6) (normes pour une majorité de femmes et de professionnels) (2,3).

Ceci ne correspond pourtant pas au comportement spontané des parturientes (2,3,5,6): la plupart du temps en mouvement, se balançant et adoptant de nombreuses positions, souvent asymétriques ou en étirement et presque toujours verticales ou neutres vis-à-vis de la gravité.

En fait, ces normes ont suivi des évolutions techniques sécurisant la naissance (3) mais limitant la mobilité des femmes (4,5). Or les positions horizontales et l'immobilité ne correspondent pas à la physiologie de la parturition humaine (5). Ainsi, dans les années 1980, une remise en cause du décubitus dorsal débute : on l'accuse de prolonger le travail, d'épuiser les femmes et d'être responsable de présentations dystociques. De nombreux travaux sur les bénéfices de la verticalité et de la déambulation maternelles sont menés depuis (4,5).

2.1 Les positions obstétricales

On distingue les postures verticales (essentiellement assise, accroupie, debout et à genoux), les postures horizontales (décubitus dorsal, latéral et ventral, position lithotomique et position déclive), et les positions neutres vis-à-vis de la gravité (positions quadriplégique et semi-assise) (3,6).

2.2 Leurs impacts sur la mécanique obstétricale

Il n'existe pas une unique position qui soit la meilleure pour toutes les femmes (6). Chacune peut être bénéfique dans certaines situations mais néfaste dans d'autres (6). Selon plusieurs auteurs (4–6,11,12), la liberté de mouvement participe à la mécanique obstétricale. Et les positions les plus

confortables sont celles qui favorisent les processus physiologiques (5). Ce chapitre s'attache à comprendre comment et dans quelle mesure.

2.2.1 Modification des dimensions du bassin

La mobilité maternelle peut faciliter le franchissement des différents détroits obstétricaux par le fœtus (5).

Ainsi, l'engagement est facilité par les positions asymétriques (obliquité de la présentation), la rétroversion du bassin et la rotation externe des fémurs. Ceci optimise les dimensions du détroit supérieur (recul du promontoire, écartement des épines iliaques antéro-supérieures et jeu de la partie supérieure de la symphyse pubienne) et la concordance des axes de poussée utérine et d'engagement (3,5,9).

La descente et le franchissement du détroit moyen sont facilités par les positions suspendues (pesanteur (5)), l'antéversion du bassin et la rotation interne des fémurs. Ceci augmente le volume de la concavité (écartement des épines et avancée du promontoire), libère le sacrum et permet une progression dans l'axe ombilico-coccygien (3,9).

La rotation est favorisée par les postures asymétriques (différence de tension entre les muscles releveurs de l'anus droit et gauche) (5). Une étude (10) a démontré que la position quadriplégique favorise la rotation en antérieur des présentations postérieures.

Le franchissement du détroit inférieur est pour sa part facilité par une rotation interne des fémurs et une antéversion du bassin. Cela favorise une progression dans l'axe ombilico-coccygien (libère le coccyx, écarte les ischions et relâche le périnée postérieur) (3,5,9).

Enfin, la contre-nutation du sacrum avec rotation externe des fémurs « ferme » le périnée postérieur et « ouvre » le périnée antérieur. Ceci facilite le franchissement du détroit périnéo-vulvaire au « petit couronnement » (3,9).

2.2.2 Autres éléments influençant la mécanique obstétricale

En position verticale la pesanteur exerce sur le fœtus une force continue de 25 à 35 mmHg. Elle s'associe au poids des viscères pour faciliter la descente et l'expulsion. Alors qu'en position allongée, les efforts expulsifs s'effectuent contre la gravité (7,10).

D'autre part, plusieurs travaux (5,11) montrent une amélioration de la dynamique et de l'efficacité des contractions utérines par la verticalité et la déambulation. Ceci peut diminuer (12), voire remplacer (4) le recours aux ocytociques. Les fibres musculaires sont étirées de façon optimale avant chaque contraction (3,4,11,18). De plus, les taux sériques maternels d'ocytocine sont

supérieurs et ceux d'adrénaline (antagoniste de l'Ocytocine) inférieurs (par rapport aux femmes allongées) (18).

Par ailleurs, selon l'association MAPAR (4), les efforts expulsifs sont mieux menés en position verticale. Les sensations s'apparentent à celles, plus habituelles, de la défécation et l'action des muscles est potentialisée par le poids des viscères abdominaux.

Ces postures sans appui dorsal préviennent en outre efficacement le syndrome de compression aorto-cave (responsable d'hypotensions artérielles maternelles et de souffrances fœtales) (3,4,6,11,13).

Enfin, la mécanique ventilatoire maternelle est altérée en fin de grossesse. Les positions verticales, suspendues ou soutenues (qui « allongent le tronc »), minorent le syndrome restrictif (3,6).

2.3 Leur influence sur l'issue obstétricale

2.3.1 La voie d'accouchement

De nombreuses études (3,4,6,8,14) trouvent des taux d'extractions instrumentales et de césariennes moindres chez les parturientes qui se verticalisent ou déambulent par rapport à celles qui sont allongées.

2.3.2 Les traumatismes périnéo-vulvaires

D'après plusieurs études (3,6–8,14), la liberté de mouvement, les positions verticales et le décubitus latéral préservent mieux la filière génitale que le décubitus dorsal. Seules les déchirures périnéales de premier degré (voire deuxième degré (6)) sont plus fréquentes. Les déchirures plus sévères (de troisième degré notamment), les œdèmes périnéaux et les épisiotomies sont moins fréquents.

2.3.3 Les pertes sanguines maternelles

Bien qu'une étude de 1978 (12) concluait que les pertes sanguines du post post-partum n'étaient pas modifiées par la déambulation, trois études plus récentes (3,6,14) concluent à une majoration des saignements en position verticale, sauf si la patiente est rallongée pour la délivrance (3).

La pesanteur ou une moins bonne rétraction utérine pourraient expliquer ce sur-saignement. A moins que la position verticale ne permette un meilleur recueil des pertes (3,6).

2.3.4 La durée du travail

A l'exception de deux auteurs (7,8), toutes les publications (3,4,6,11,12,15,16) concluent que la verticalité, la déambulation et le décubitus latéral raccourcissent la phase de dilatation d'environ 30% (4,11,15,16) et diminuent la durée d'expulsion (3,6,12,16).

2.3.5 Le bien-être fœtal et néonatal

Par rapport aux positions allongées, les positions verticales (sauf accroupie (3)) et la déambulation améliorent le pronostic fœtal et néonatal: les études constatent des anomalies du rythme cardiaque fœtal moins fréquentes (3,4,6,8,12) et des scores d'Apgar plus élevés qu'en décubitus dorsal (3,4,12).

2.3.6 Le vécu maternel

Plusieurs études (6,14) montrent que les douleurs sont majorées en décubitus (surtout dorsal) par rapport aux positions verticales (3,17), quadriplégique (6,8) et au décubitus latéral (11). Les femmes déclarent préférer se mobiliser, déambuler librement (2) et accoucher autrement qu'en décubitus dorsal (15). Elles décrivent alors la sensation d'être plus actrices de leur accouchement (7) et sont plus satisfaites (4,8).

2.3.7 Surveillance et prise en charge

La mobilité d'une parturiente interfère avec sa prise en charge par les professionnels. Les femmes qui se verticalisent ou déambulent ont moins recours à l'analgésie péridurale (3,4,8,12), et aux ocytociques (15). Il est possible d'enregistrer correctement le rythme cardiaque fœtal (ERCF) et de rallonger rapidement les patientes pour une manœuvre instrumentale selon le CNGOF (3). Par contre, l'ergonomie et le confort des professionnels qui assistent un tel accouchement sont aléatoires (3).

2.4 Conclusions des auteurs et recommandations

Une majorité d'auteurs encourage la liberté de mouvement (3,5,11,12,16). Ils remettent en cause le décubitus dorsal et l'immobilité maternelle (4,14). En effet, la mobilité est sans danger (4,14) voire améliore le pronostic materno-foetal (20) et permet à la mère de « participer plus activement et plus sereinement à la naissance de son enfant » (3). Il existe cependant deux situations où la déambulation est déconseillée (5,11) : membranes rompues avec présentation non-engagée (risque de procidence du cordon (5,16)) et toute situation où la déambulation empêche un enregistrement du rythme cardiaque fœtal nécessaire.

En 1985 (19), l'Organisation Mondiale de la Santé recommandait déjà de « laisser les femmes libres de choisir leur position d'accouchement » et de les « encourager à déambuler pendant le travail ». Elle ajoute en 1997 (20) qu'il faudrait « éviter l'utilisation systématique de la position dorsale [...] pendant le travail ».

L'Association of Women's Health Obstetric and Néonatal Nurses (AWHONN (7)), ainsi que Lamaze International (7), recommandent quant à elles d'informer les couples sur les bénéfices des positions verticales et de leur apprendre à les mettre en pratique. Elles incitent également les Sages-femmes à ne pas encourager le décubitus dorsal et à proposer d'autres postures.

3 VERS UNE ANALGÉSIE PÉRIDURALE « A MINIMA », DÉAMBULATOIRE

Dans les années 1990 naît une controverse quant aux effets de l'alitement (lié à l'APD) sur la mécanique obstétricale : « comment (cela pourrait-il) préserver une physiologie normale et la probabilité d'un accouchement voie basse spontanée ? » s'interroge R. Preston (62). Les recherches s'intensifient alors, et les pratiques évoluent vers une réduction du bloc moteur, rendant progressivement aux parturientes une certaine liberté de mouvements.

3.1 L'analgésie péridurale déambulatoire en pratique

Les premières versions de l'APD déambulatoire utilisaient la technique de rachi-péridurale combinée (53) qui associait une analgésie rachidienne et la pose d'un cathéter péridural prenant le relais lorsque les produits injectés en intrathécal n'étaient plus efficaces. Une analgésie de très bonne qualité pouvait être obtenue en moins de 5 minutes (versus 15 à 20 minutes pour l'APD) pour une durée limitée (24,28,33,36,37).

Aujourd'hui, on utilise des techniques d'APD seule avec un anesthésique local faiblement dosé combiné à des adjuvants (opiacés, éphédrine pour la dose test, clonidine ou néostigmine) (39,54). L'entretien peut se faire par réinjections, infusion continue ou PCEA.

3.1.1 Faisabilité

Trois effets indésirables sont décrits (4,52,54): l'hypotension orthostatique, le bloc moteur et l'atteinte de la proprioception.

En pratique, après l'initiation de l'analgésie, la parturiente est autorisée à se verticaliser après une surveillance d'une trentaine de minutes (TA, ERCF et activité utérine) (4,27). On s'assure ensuite de l'absence de bloc moteur (test du « tabouret » par exemple) pour lui permettre de déambuler. Elle doit être accompagnée lorsqu'elle marche car sa proprioception peut être altérée. Cependant, aucun trouble majeur de l'équilibre n'a été constaté avec de faibles doses d'AL (4,54). Durant les périodes de déambulation, il est également nécessaire de pouvoir effectuer un enregistrement cardiotocographique continu (dispositif adapté), et qu'un moyen d'appel Sage-femme/patiente fonctionnel soit mis en place (4,27,55). Lors des réinjections, la patiente est recouchée pour 15 à 20 minutes de surveillance (4,28).

L'association MAPAR (4) ajoute que pour proposer à une parturiente de déambuler, le travail doit être à priori simple, un climat de confiance doit être établi et il ne doit pas exister de contre-indication à la déambulation (gémellité, utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance fœtale, hypertension artérielle gravidique).

3.2 Intérêts et limites

Une analgésie obstétricale idéale, selon R Preston (52), devrait avoir le moins de répercussions possibles sur la physiologie du travail. On s'intéresse depuis 1993 à l'influence de la mobilité des parturientes bénéficiant d'une APD sur différents paramètres.

3.2.1 Le pronostic obstétrical

Les études portant sur la mobilité des parturientes sous APD ont été réalisées selon des modalités très variées. Certaines s'intéressent à un petit nombre de patientes. D'autres ne précisent pas le recours ou non à des ocytociques. Enfin, de nombreux auteurs (28,40,52,54,56,57) s'appuient sur deux études (56,57), dans lesquelles la durée de déambulation des femmes était minimale (5minutes par heure), pour affirmer l'absence d'influence sur l'issue obstétricale. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions claires et scientifiquement valables. Ce chapitre tente d'analyser plus en détail l'ensemble des travaux réalisés sur la question.

Le mode d'accouchement

Deux études (57,58) concluent que la déambulation sous APD ne réduit pas les taux d'extractions instrumentales ni de césariennes. Quatre autres (59–62) montrent en revanche qu'elle permet une réduction du taux d'extractions instrumentales (59,62) significative (9% vs 24%) si la déambulation est prolongée (60 minutes en moyenne, sur toute la durée du travail) (61).

Durée du travail et efficacité des contractions utérines

Les études sont discordantes quant à l'influence de la déambulation sous APD sur la durée du travail : inchangée pour deux d'entre elles (57,63), allongée selon une autre (61) et raccourcie pour une dernière (62).

La consommation horaire d'ocytociques est pour sa part significativement diminuée selon une étude (64) et inchangée selon deux autres (57,63).

Influence sur la miction

L'ensemble des études (33,39,52,56,57,59,62,65,66) montre que l'APD « a minima » entraîne une meilleure aptitude à la miction spontanée (80% versus 22% selon une étude menée en 2000 (67)), et une réduction du recours au sondage évacuateur.

Effets délétères maternels, fœtaux et néonataux

A l'exception d'un auteur rapportant la chute d'une patiente aux toilettes (55), l'ensemble des travaux conclue que la déambulation sous APD est sans danger pour la mère ou le fœtus (54,56,57,62,63,66). L'oxygénation fœtale est satisfaisante en position verticale (54) et la tension artérielle d'une femme qui se déplace est souvent plus stable que celle d'une patiente alitée (52). Le fœtus ne souffre donc pas dans ces conditions de syndrome de compression aorto-cave.

3.2.2 Atteinte sensitivo-motrice et perceptions maternelles

L'ensemble des travaux (33,39,52,56,57,59,62,66) montre que l'APD faiblement dosée diminue le bloc moteur. Les femmes sont plus autonomes et plus mobiles.

De plus, l'APD « a minima » procure un soulagement identique avec une moindre consommation d'analgésiques (39,59,64).

Ainsi, les scores douloureux des femmes qui déambulent sous APD sont plus faibles selon plusieurs études randomisées (28). Leurs sensations au moment de l'expulsion (56,57,62,66) sont également améliorées et les efforts de poussée plus efficaces (39,59).

3.2.3 Vécu maternel

« La péridurale n'a pas toujours satisfait les femmes, en raison du sentiment de perte de contrôle sur leur corps » explique R Preston (62). La satisfaction de celles qui bénéficient d'une APD déambulatoire est supérieure à celle des autres, « enthousiastes de cette liberté de mouvement, qu'elles sortent du lit ou non » (4,28,52,55,57,62,66).

Cette première partie montre combien la mobilité maternelle est au cœur de la mécanique et de la dynamique obstétricale.

Par ailleurs, l'analgésie péridurale est la technique la plus efficace pour soulager les douleurs et assure une sécurité face aux aléas de l'accouchement. A ses débuts, elle a, du fait du bloc moteur, limité la mobilité des patientes et leurs capacités à mener les efforts expulsifs, défavorisant le pronostic obstétrical. Une meilleure gestion de la péridurale permet aujourd'hui de proposer aux femmes un compromis intéressant : une analgésie efficace, justement dosée et entravant peu la mobilité.

Pourtant, en pratique, dans de nombreuses maternités, il est rare que les parturientes sous analgésie péridurale quittent leur lit, se verticalisent ou déambulent. Pourquoi certaines structures le permettent et d'autres non ? Cette question de recherche a motivé la réalisation d'une étude, présentée dans la partie suivante.

Deuxième partie : problématique et étude

Ce travail consiste en une réflexion d'intérêt professionnel sur la mobilité des parturientes sous analgésie péridurale (APD). Il est centré sur la question de recherche suivante : Pourquoi certaines maternités emploient l'APD déambulatoire et d'autres non?

Une étude a été réalisée dans deux maternités : les Bluets (Paris), qui utilisent l'APD déambulatoire au quotidien, et la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN), où ce n'est pas le cas.

1 MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'objectif était de répondre à la problématique suivante: Pourquoi l'APD déambulatoire est employée en pratique courante aux Bluets et ne l'est pas à la MRUN?

Une étude observationnelle qualitative multicentrique non-randomisée transversale a été menée, entre le 7 Mai 2012 et le 13 Juillet 2013, dans ces deux établissements. Le même nombre de professionnels et de patientes y ont été interrogés.

1.1 Hypothèses

Des discussions avec quelques praticiens (deux obstétriciens, deux sages-femmes et une anesthésiste) ont permis de poser trois hypothèses concernant les professionnels:

1. L'utilité de la mobilité, pour les parturientes sous APD, ne fait pas consensus parmi eux.
2. Les habitudes et les protocoles de prise en charge de la mobilité des parturientes sous APD varient d'un établissement à l'autre.
3. Permettre aux parturientes sous APD de se mobiliser majore la charge de travail des professionnels (disponibilité, surveillance accrue, matériel et locaux adaptés, etc.)

Par ailleurs, des discussions avec quatre femmes ayant déjà accouché ont abouti à l'hypothèse principale suivante concernant les patientes : La plupart d'entre elles n'émet pas de souhait particulier concernant sa mobilité.

Il en découle quatre hypothèses secondaires :

1. La plupart pense qu'il est inutile de se mobiliser pendant le travail et l'accouchement.
2. Une majorité méconnaît les possibilités de mobilité perpartum.
3. Ces représentations sont liées aux informations qu'elles ont reçues.
4. Ces représentations sont liées à leur expérience personnelle.

1.2 Populations

Des entretiens semi-directifs semblaient le meilleur moyen de confirmer ou d'infirmar les hypothèses sus-citées. Il s'agissait de retranscrire les témoignages recueillis le plus fidèlement possible, en tenant compte de leur subtilité et de leur complexité.

L'étude visait deux populations cibles :

- Les professionnels impliqués dans la mobilité des parturientes sous APD : Anesthésistes, Obstétriciens et Sages-femmes.
- Les femmes ayant bénéficié d'une APD pendant le travail.

Les entretiens ont été menés auprès de deux populations sources, choisies pour être les plus proches possibles des populations cibles (échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion adaptés) :

- 11 professionnels (7 Sages-femmes et 4 Anesthésistes) ont été rencontrés dans chaque maternité. Les Obstétriciens n'ont pas pu se rendre disponibles aux Bluets. Afin que les populations des deux établissements restent comparables, les obstétriciens de la MRUN n'ont pas été rencontrés non plus. Ils sont pourtant des acteurs importants dans la prise en charge de la mobilité des parturientes. Le seul critère d'inclusion, pour les professionnels, était de participer à la prise en charge des parturientes sous APD.

- 15 patientes ont été rencontrées dans le service de Suites de couches dans chaque maternité. Les critères d'inclusions étaient d'avoir accouché à plus de 37 semaines d'aménorrhée, sous analgésie péridurale, et d'être une patiente à bas risque (selon les critères de la Haute Autorité de Santé (HAS) (78)). Ceci visait à sélectionner à la MRUN des patientes dont la prise en charge aurait pu s'effectuer en maternité de type I. On cherchait ainsi à réduire les impacts du biais lié au type de maternité : I aux Bluets et III à la MRUN.

1.3 Recueil et analyse des données

Les entretiens ont été menés par nos soins.

Les patientes ont été rencontrées au cours de leur séjour. Les Sages-femmes et les Anesthésistes, en Salle de naissances.

Un guide d'entretien (Annexes 1 et 2), réalisé sur la base des hypothèses énoncées plus haut, a orienté le recueil des données.

Les discussions ont été enregistrées sur un dictaphone, puis retranscrites par informatique : d'abord intégralement puis reformulées de façon synthétique et systématisée dans des tableaux.

Elles ont ensuite été analysées, de façon thématique, en mettant en lien les réponses obtenues avec les hypothèses de recherche. L'anonymat a, bien sur, toujours été respecté.

1.4 Aspects éthiques

Certaines considérations éthiques ont été importantes. Le but de ce travail était de mener une réflexion sur la mobilité des patientes sous APD, de porter un regard sur les pratiques dans différents établissements. Cependant, il était important qu'il ne soit pas perçu par les professionnels comme une comparaison de pratiques, visant à démontrer que l'une est meilleure que l'autre. Les entretiens avec les praticiens ont donc porté sur leur opinion concernant la mobilité des parturientes (avec et sans APD). Par ailleurs, parler à des patientes (qui n'en ont pas bénéficié) d'une méthode analgésique permettant de déambuler n'aurait été éthique ni vis à vis d'elles, ni vis à vis des professionnels. Les entretiens avec elles se sont donc axés autour de leurs attentes, de leurs connaissances, des informations qu'elles ont reçues et de leur ressenti vis à vis de la mobilité.

1.5 Aspects réglementaires

Les données médicales étant des données sensibles, les sources ont été anonymisées pour respecter le secret médical et la protection des personnes. Un numéro a été attribué à chaque patiente : la première des Bluets a été nommée PB1 , la 2ème PB2 et ainsi de suite. De même pour les praticiens : AB1, AB2, SFB1, SFB2 etc. A la MRUN également : PN1, PN2, etc.

1.6 Moyens

Certaines personnes ont aidé à réaliser ce mémoire : Mme Lemoine, directeur de mémoire (Enseignante à l'école de Sages-femmes de Nancy), Mme Guibert, expert (Anesthésiste à la MRUN), Mme Bonsergent et Mme Speyer, Internes en Épidémiologie (École de Santé Publique de Nancy-Brabois).

Des ressources documentaires ont également aidé à constituer une bibliographie utile : Bibliothèques Universitaires, bases de données nationales et internationales, et aide personnalisée à la recherche à la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy-Brabois.

2 PRINCIPAUX RÉSULTATS

2.1 Entretiens auprès des professionnels

Dans chaque maternité, 7 Sages-femmes et 4 Anesthésistes ont participé à l'étude.

- Aux Bluets, les Sages-femmes (toutes de sexe féminin) avaient une expérience moyenne de 10 ans et les Anesthésistes de 20 ans (3 hommes et 1 femme).

- A la MRUN, les Sages-femmes (5 femmes et 2 hommes) avaient une expérience moyenne de 16 ans et les Anesthésistes de 14 ans (2 hommes et 2 femmes).

2.1.1 Leur avis sur l'utilité de la mobilité perpartum

Tous considèrent que la mobilité maternelle (avec ou sans APD) favorise l'eutocie et aide les parturientes à gérer la douleur. L'entraver pourrait ainsi favoriser les dystocies.

Ces avis sont le fruit de leur expérience professionnelle et, dans une moindre mesure, de leur formation, d'articles lus et du partage entre collègues.

2.1.2 Leur accompagnement de la mobilité des parturientes

Pour les parturientes sans APD, toutes les Sages-femmes encouragent systématiquement une mobilité (avec ou sans accessoires) adaptée au cas par cas (souhaits et confort de la patiente, situation obstétricale, contraintes de surveillance).

Pour celles qui ont une APD, le type de mobilité proposée diffère selon la maternité.

- **Aux Bluets**

L'analgésie est procurée par un mélange de ropivacaïne 0,1% (1mg/ml) et de Sufentanil (0,25µg/ml).

Elle est entretenue par réinjections intermittentes de bolus dont les doses varient (selon les patientes et le stade du travail) de 6 à 10 cc lors de la première phase, puis 10 à 14 cc durant la seconde.

Les Anesthésistes expliquent qu'ainsi, à partir de la deuxième injection, tout type de mobilité (dans et en dehors du lit) est envisageable, à condition de surveiller la tension artérielle toutes les cinq minutes pendant vingt minutes après chaque réinjection, et d'évaluer la capacité des femmes à utiliser la force motrice de leurs jambes.

Les Sages-femmes proposent donc aux patientes qui le souhaitent, de se mobiliser de la même manière que celles qui n'ont pas d'APD (détails dans le diagramme ci-dessous). Celles qui souhaitent rester allongées sont encouragées à alterner régulièrement décubitus latéraux droit , gauche et position semi-assise.

- **A la MRUN**

La méthode de référence pour l'analgésie du travail utilise la bupivacaïne 0,1% ou la ropivacaïne 0,1% ou la lévobupivacaïne 0,125%, associées à du sufentanil 0,5µg/ml.

Lorsque l'entretien se fait par injections intermittentes, les doses des bolus varient de 6 à 10 cc lors de la première phase, puis 10 à 14 cc durant la seconde.

Les péridurales nancéennes ne sont donc pas plus « denses » que celles des Bluets. Les doses d'anesthésiques locaux employées sont les mêmes. Elles contiennent, certes, plus de sufentanil, mais celui-ci n'intervient pas dans le bloc moteur.

Ainsi, les Anesthésistes expliquent qu'il serait théoriquement possible que certaines patientes se verticalisent, utilisent la force motrice de leurs jambes, voire déambulent, tout comme c'est le cas aux Bluets. Cependant, en pratique, le bloc moteur est rarement évalué.

De plus, l'entretien de l'analgésie se fait parfois par PCEA ou seringue électrique. Ces techniques rendent la déambulation plus difficile. D'une part en raison d'un matériel encombrant. D'autre part, parce que le bloc moteur peut être plus important qu'avec des injections intermittentes (27).

Néanmoins, les Sages-femmes accordent une grande importance à la mobilité des femmes. Non seulement pour leur confort, mais également pour favoriser la mécanique et la dynamique obstétricales. Pensant impossible de les verticaliser, de les mettre en appui sur leurs jambes ou de leur permettre de marcher, elles leur proposent des changements réguliers de position dans le lit : variation de l'inclinaison du dossier du lit, hyper-flexion asymétrique des cuisses en décubitus latéral provoquant nutation ou contre-nutation, utilisation d'un coussin ou des étriers pour soutenir ces positions (détails dans le diagramme ci-dessous).

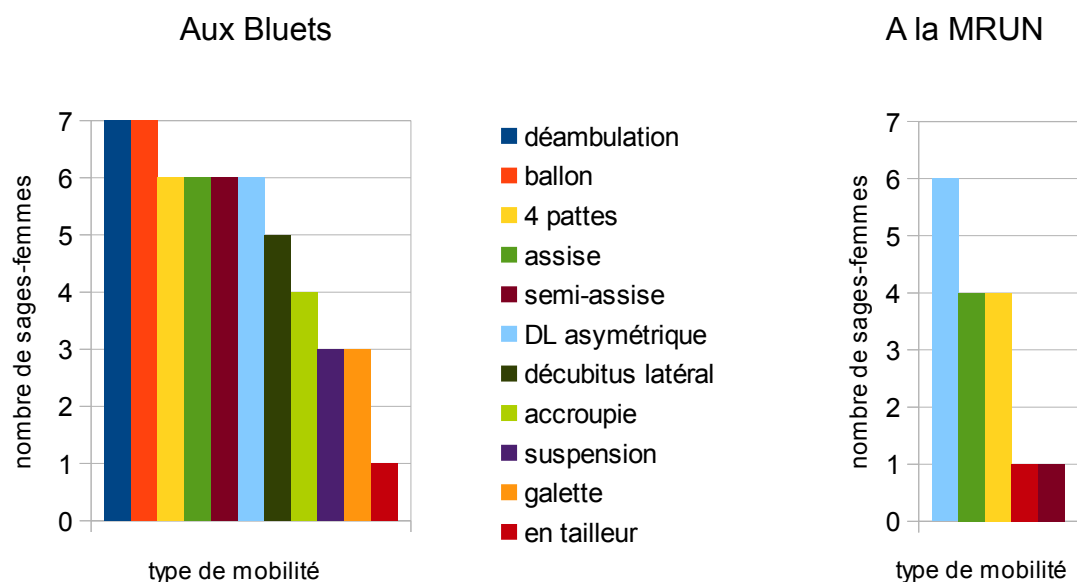


Diagramme 1 : Mobilité proposée par les Sages-femmes aux parturientes sous APD

2.1.3 Leurs avis sur l'analgésie péridurale déambulatoire

Aux Bluets, l'APD déambulatoire est employée au quotidien. La plupart des professionnels a suivi des formations et s'est documenté à ce sujet.

A Nancy, bien qu'une majorité ait lu des articles, seules cinq Sages-femmes en ont une certaine expérience : Il y a une dizaine d'années, des rachi-analgésies péridurales combinées ont été employées pendant quelques mois à la MRUN. Elles permettaient aux patientes de déambuler deux heures environ (avec morphiniques seuls). Cela a pris fin lors d'un changement des locaux de la Salle de naissances.

2.1.3.1 Leurs arguments en faveur de l'APD déambulatoire

- **Favoriser l'eutocie**

A la MRUN, tous se disent favorables à employer une APD permettant aux parturientes de conserver davantage de sensations et de mobilité. Ils pensent ainsi favoriser l'eutocie et réduire la durée du travail (surtout en début de travail ou lors d'un déclenchement artificiel du travail).

Aux Bluets, les professionnels le constatent. Ils trouvent que les patientes prennent spontanément des positions adaptées et mènent mieux les efforts expulsifs. Les altérations du rythme cardiaque fœtal et les difficultés d'engagement leur semblent moins fréquentes : « un bloc moteur faible permet de conserver une bonne tonicité musculaire périnéale. Cela est nécessaire à l'accommodation et à l'orientation de la présentation dans le bassin maternel » explique l'une

d'elles. Ils considèrent, de plus, qu'une péridurale moins dosée diminue la iatrogénicité (moins de sondage urinaire notamment).

- **Améliorer le vécu maternel**

Tous les professionnels nancéens pensent que ce type d'APD intéresserait certaines femmes. Selon les Sages-femmes des Bluets, la satisfaction des patientes qui en bénéficient est améliorée. Les femmes et leurs conjoints peuvent participer plus activement et vivre plus pleinement l'accouchement.

- **Soulager la douleur**

A Nancy, la plupart pense que l'APD déambulatoire peut soulager efficacement les femmes. Les parisiens le confirment : le niveau d'analgésie est modulable selon les besoins. Les parturientes sont donc aussi soulagées qu'avec une péridurale plus dense.

2.1.3.2 Leurs réserves

- **Charge supplémentaire de travail**

A Nancy, la plupart des professionnels craint que permettre aux parturientes sous APD de se mobiliser en dehors de leur lit crée une charge de travail supplémentaire et soit chronophage pour les Sages-femmes (surveillance materno-foetale).

Aux Bluets, les Sages-femmes trouvent la disponibilité supplémentaire peu chronophage : évaluation du bloc sensitivo-moteur et du niveau d'analgésie, propositions de mobilité, réinjections dans la péridurale et repositionnement du capteur du monitoring. Elles expliquent que les femmes, plus autonomes, requièrent moins leur présence.

Les Anesthésistes parisiens ne ressentent pas non plus de contrainte supplémentaire. La technique de pose est la même. Notons tout de même que là bas, ce sont principalement des anesthésistes séniors qui posent les péridurales obstétricales. Tandis qu'à la maternité de Nancy, centre universitaire, elles sont la plupart du temps mises en place par des internes.

- **Freins matériels**

Une majorité des professionnels de la MRUN pense qu'actuellement, il serait difficile d'employer l'APD déambulatoire :

1. L'activité y est trop importante. Effectivement, bien que le personnel présent et le nombre d'accouchement par jour soient comparables dans les deux maternités (69,70), la MRUN (type III) prend en charge davantage de pathologies.

2. Le personnel n'y est ni habitué, ni formé. Les professionnels des Bluets confirment qu'il leur a fallu prendre de nouvelles habitudes et se former.
3. Les locaux leur semblent inadaptés. Pourtant, les Salles de naissance des deux établissements présentent une configuration assez semblable: une salle de garde centrale et 8 salles d'accouchement autour (7 à la MRUN), plus deux salles d'examen ou de pré-travail (3 à la MRUN).
4. La Salle de naissance nancéenne ne dispose pas de monitorings télémétriques, ce qui limiterait d'emblée le périmètre de déambulation des parturientes. Les professionnels des Bluets expliquent que du matériel adapté facilite effectivement la mobilité : utilisation d'APD séquentielles (sinon le matériel est trop encombrant et le risque de bloc moteur est majoré) et surveillance continue du rythme cardiaque fœtal, par un dispositif télémétrique lorsque la patiente s'éloigne trop de l'appareil. Concrètement, les patientes se mobilisent principalement autour de leur lit. Elles marchent dans leur chambre ou pour aller aux toilettes, s'assoient sur un ballon et adoptent des positions variées. Il est finalement rare qu'elles souhaitent déambuler dans les couloirs ou en dehors de l'hôpital. Ce type de mobilité peut donc s'envisager sans télémétrie.

- **La sécurité**

Plusieurs professionnels à la MRUN expliquent qu'ils ne seraient favorables à l'emploi de l'APD déambulatoire qu'à condition de garantir une sécurité materno-foetale équivalente.

Certes, permettre aux parturientes sous APD de se mobiliser nécessite, d'après les Anesthésistes des Bluets, une surveillance rigoureuse : le bloc sensitivo-moteur doit être fréquemment évalué car le risque de chute de la parturiente est toujours présent (bien qu'il soit extrêmement rare).

Cependant, ils expliquent qu'utiliser des doses moins élevées d'anesthésiques locaux et de morphiniques diminue les risques et effets indésirables qui y sont liés.

Enfin, tous s'accordent à dire que les processus physiologiques sont moins entravés. Les dystocias et la nécessité d'interventions médicales sont donc moins fréquentes.

2.1.4 Contextualisation

Lorsqu'ils évoquent les freins à employer l'APD déambulatoire, les professionnels des deux maternités parlent de conditions d'exercice difficiles : « La plupart des équipes vivent des restructurations qui les limitent en termes de personnel, de moyens matériels et de temps à

consacrer aux patientes ». La mobilité semble alors « un luxe qui ajouterait des contraintes supplémentaires ».

Ensuite, ils évoquent les difficultés à changer les pratiques. Cela prend du temps, demande de se former et nécessite l'élaboration de nouveaux protocoles. Une cohésion interdisciplinaire leur semble nécessaire : Anesthésistes, Obstétriciens, Pédiatres et Sages-femmes doivent définir ensemble les responsabilités de chacun. Ils pensent qu'il peut être « plus confortable d'utiliser des APD plus dosées, qui nécessitent moins d'ajustements ».

A la MRUN, Anesthésistes et Sages-femmes se disent favorables à employer une APD permettant aux parturientes de se mobiliser davantage. Cependant, les Sages-femmes pensent que la décision revient aux Anesthésistes. Les Anesthésistes, pour leur part, disent que cela dépend de l'acceptation des contraintes de surveillance supplémentaires par les Sages-femmes.

Enfin, à la MRUN, de nombreux professionnels expliquent que les patientes ne demandent pas à bénéficier de ce type de péridurale. Peut-être, selon eux, n'en connaissent-elles pas l'existence.

2.2 Entretiens auprès des patientes

Aux Bluets, 8 primipares, 5 secondipares et 2 troisièmes, pares ont été rencontrées. Elles ont accouché à 40 SA en moyenne, 13 par voie basse spontanée (VBS) et 2 par voie basse instrumentale (VBI).

A la MRUN, elles étaient 8 primipares, 6 secondipares et 1 troisième pare, ayant accouché à 39 SA + 3j en moyenne, 14 par VBS et 1 par VBI.

Dans un souci de synthèse, seuls certains diagrammes illustrent cette partie. Les autres ont été reportés en Annexe 3.

2.2.1 Leurs souhaits

Aux Bluets, près de 90% des patientes ont formulé le souhait d'être libres de se mobiliser pendant le travail et de choisir leur position d'accouchement. Certaines souhaitaient également être conseillées (sur les positions à adopter) et rester mobiles le plus longtemps possible.

A la MRUN, moins d'un quart a mentionné des attentes. Trois avaient un projet précis de position d'accouchement (accroupie, décubitus latéral et dans l'eau) et l'une d'elles voulait utiliser un ballon pendant le travail. Cependant, aucune n'a fait part de son souhait à l'équipe médicale, pensant qu'il était irréalisable (diagrammes 5 et 6 en Annexe 3).

2.2.2 Leurs représentations sur l'utilité de la mobilité

L'utilité de la mobilité fait consensus parmi les patientes des deux maternités. Toutes pensent qu'elle aide à gérer la douleur, et plus des trois quarts qu'elle favorise la physiologie (diagramme 7 en Annexe 3).

2.2.3 Leurs représentations sur les possibilités de mobilité

Comment imaginent-elles une femme en travail ? Se la représentent-elle plutôt mobile ou immobile ? Certaines imaginent que la plupart des femmes restent passives et immobiles (une pense d'ailleurs qu'elles ne se mobilisent qu'après avoir obtenu l'accord d'un professionnel). Selon d'autres, la plupart des femmes est quasi-constamment en mouvement. Enfin, certaines imaginent la mobilité très variable (contexte, douleur, conseils, culture).

La proportion de chaque catégorie est représentée par les diagrammes ci-dessous :

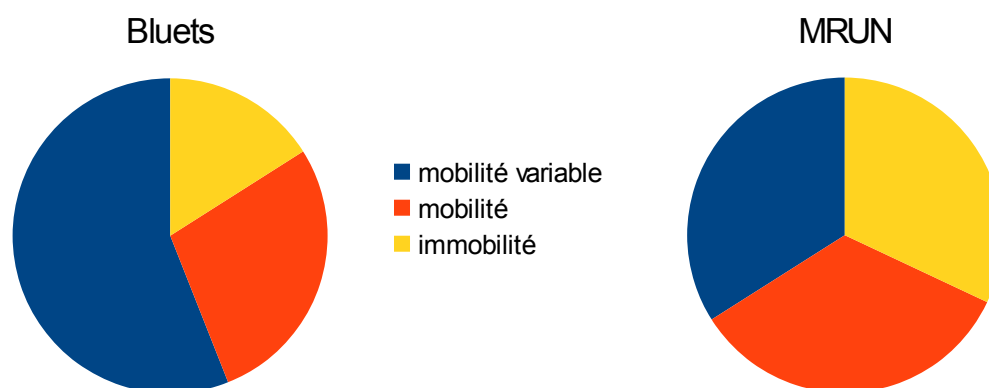


Diagramme 2 : représentations des patientes sur la mobilité maternelle pendant le travail

Comment se représentent-elles une femme qui accouche ? Dans quelle position l'imaginent-elles ? La position gynécologique est la première qui leur vient à l'esprit. Aux Bluets, cependant, la plupart sait l'accouchement possible dans de multiples positions (en fonction du contexte, des souhaits de la femme, de sa culture). Un quart pense d'ailleurs que la plupart des femmes préféreraient accoucher autrement qu'en position gynécologique.

A la MRUN elles ne sont que trois à mentionner l'existence d'autres positions. Deux pensent, de plus, que la position gynécologique est la plus sûre, la Sage-femme étant plus à l'aise (diagramme 8 en Annexe 3).

2.2.4 Les informations reçues concernant la mobilité

Près de 90% des patientes parisiennes ont bénéficié (principalement en Salle de naissances et en préparation à la naissance) de conseils pratiques et d'informations sur : les bénéfices de la

mobilité sur le travail et la douleur, les impacts de l'analgésie péridurale sur la mobilité et les différentes positions d'accouchement.

Ce n'est le cas que d'un quart des nancéennes. Pour une majorité, la mobilité n'a pas été abordée en Salle de naissances, et pour un tiers, pas non plus en préparation à la naissance.

Un quart des patientes des deux maternités mentionne également des sources d'informations non-professionnelles : littérature, internet, télévision, cinéma, discussions, affiches à la maternité et formation professionnelle (diagrammes 9 à 11 en Annexe 3).

2.2.5 Leur expérience personnelle de mobilité

2.2.5.1.1 Pendant le travail

Avant l'APD, la plupart des patientes, à Nancy comme à Paris, a adopté au moins trois positions différentes. Leur mobilité est très variée avec une prédominance de la position debout et de la déambulation (presque toutes les patientes) (diagramme 12 en Annexe 3).

Elle est plus restreinte après l'APD : Les positions horizontales prédominent et sont les seules mentionnées par les patientes de la MRUN. La moitié explique que l'APD les a si bien soulagées qu'elles n'avaient plus envie de se mobiliser. L'autre moitié décrit par contre le sentiment d'avoir été limitées par l'APD dans leur mobilité.

Aux Bluets, trois quarts adoptent encore au moins quatre positions (dont au moins une verticale) et un tiers déambule. Ainsi, une majorité dit ne pas s'être sentie limitée par l'APD pour se mobiliser.

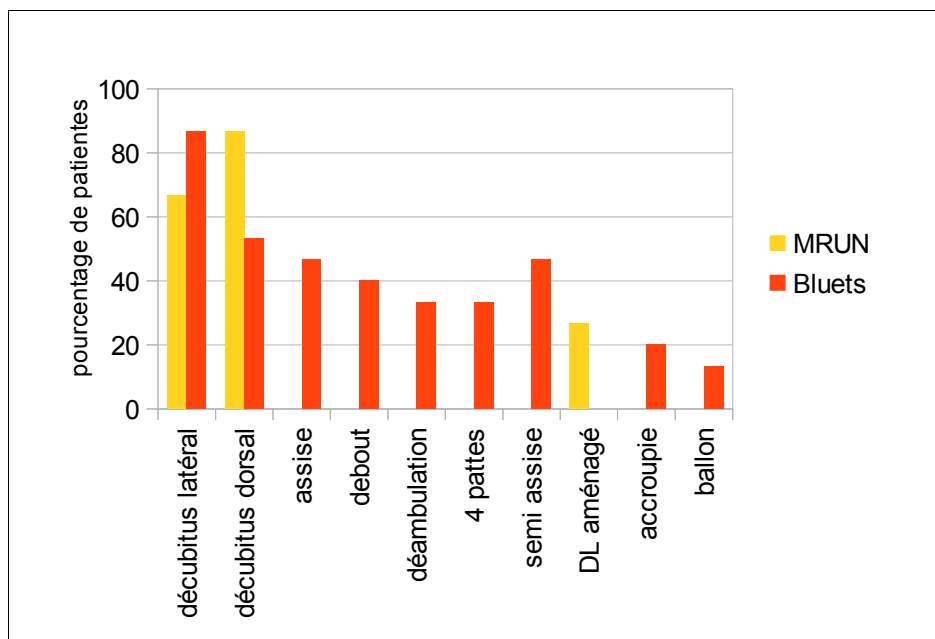


Diagramme 3 : Type de mobilité après l'APD

2.2.5.1.2 A l'accouchement

A la MRUN, trois quarts des patientes ont accouché en position gynécologique « aménagée » et un quart en position gynécologique « classique ». Aux Bluets, les positions sont plus nombreuses et moins « conventionnelles » : aucune patiente n'a accouché en position gynécologique « classique » et seulement 15% en position gynécologique « aménagée ». Près d'un quart a accouché en décubitus latéral et un tiers en décubitus dorsal sans étriers. Quelques unes ont décrit d'autres positions qui sont détaillées dans le diagramme ci-dessous.

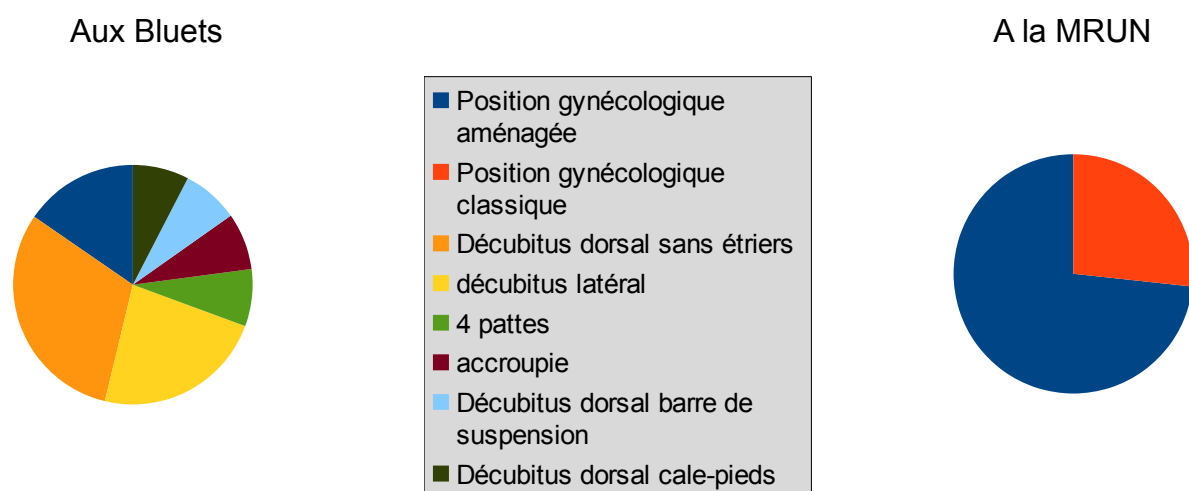


Diagramme 4 : Positions d'accouchement

2.2.6 L'impact de cette mobilité sur leur vécu

Une partie des entretiens consistait à demander aux femmes si leur mobilité avait affecté leur vécu du travail et de l'accouchement. Dans les deux maternités, une majorité décrit, comme principaux bénéfices, l'aide à la gestion de la douleur et la sensation d'être plus impliquée dans l'accouchement. Trois disent également que se mobiliser a diminué leur anxiété et leur a donné la sensation d'un travail plus efficace (diagrammes 13 et 14 en Annexe 3).

Elles sont également nombreuses à évoquer, à l'occasion de cette question, l'accompagnement de leur mobilité par les professionnels : les trois quarts aux Bluets et près de la moitié à la MRUN en sont satisfaites. Néanmoins, environ un quart à Nancy auraient aimé être davantage conseillées en Salle de naissances et plus informées concernant l'impact de l'APD sur la mobilité (diagramme 15 en Annexe 3).

Troisième partie : analyse des résultats et discussion

1 ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est de comprendre pourquoi l'APD déambulatoire est employée en pratique courante aux Bluets et ne l'est pas à la MRUN.

L'analyse s'emploiera, dans un premier temps, à confirmer ou infirmer les hypothèses de recherche, au vu des résultats obtenus, pour la population étudiée. Elle y confrontera, dans un second temps, les données de la littérature.

1.1 Confrontation des hypothèses aux résultats

1.1.1 Les professionnels

Rappelons tout d'abord les hypothèses les concernant :

1. L'utilité de la mobilité, pour les parturientes sous APD, ne fait pas consensus parmi eux (HI).
2. Les habitudes et les protocoles de prise en charge de la mobilité des parturientes sous APD varient d'un établissement à l'autre (HII).
3. Permettre aux parturientes sous APD de se mobiliser majore la charge de travail des professionnels (disponibilité, surveillance accrue, matériel et locaux adaptés, etc.) (HIII).

Les résultats obtenus confirment-ils ou infirment-ils ces hypothèses ?

Première hypothèse (HI)

L'utilité de la mobilité fait consensus parmi les professionnels, nancéens comme parisiens. Tous considèrent qu'elle favorise l'eutocie et aide à gérer la douleur. Ils la qualifient d' « indispensable », considèrent qu'elle optimise la dynamique utérine et minore les effets délétères de l'alitement prolongé pour la mère et le fœtus. Ceci infirme notre hypothèse.

Deuxième hypothèse (HII)

Les Anesthésistes expliquent qu'à doses injectées équivalentes, l'intensité du bloc sensitivo-moteur est très variable selon les femmes. Aux Bluets, ils ont donc recours à des doses croissantes, jusqu'à obtention d'une analgésie satisfaisante. Ceci permet aux patientes une mobilisation semblable à celle qu'elles auraient sans APD.

A la MRUN, la capacité des femmes à utiliser la force motrice de leurs jambes est rarement évaluée. Les Sages-femmes pensent le bloc moteur trop important pour proposer aux patientes une telle mobilité. Ceci confirme notre hypothèse.

Troisième hypothèse (HIII)

Les professionnels nancéens craignent que l'APD déambulatoire majore la charge de travail des Sages-femmes. Les locaux, le matériel leurs semblent inadaptés et l'activité trop importante. Ils pensent que la surveillance d'une patiente mobile serait plus chronophage.

Les Sages-femmes parisiennes confirment que cela implique une certaine disponibilité (positionnement des patientes, pertes du RCF, évaluation du bloc moteur). Un temps de formation et d'adaptation leur ont été nécessaires pour se familiariser avec cet accompagnement moins standardisé. Mais, parallèlement, les femmes, plus autonomes, requièrent moins leur présence. Quelque soit la maternité, une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal est mise en place dès la pose de l'APD. Un dispositif télémétrique simplifie cette surveillance lorsque la patiente s'éloigne trop de l'appareil mais n'est que rarement nécessaire, les patientes restant la plupart du temps dans leur chambre.

Pour les Anesthésistes, la technique de pose est la même. Les doses injectées étant faibles, les effets indésirables sont rares. Une surveillance discontinue des constantes maternelles (tension artérielle, saturation en oxygène de l'hémoglobine) est donc suffisante (vingt minutes après chaque réinjection) selon les Anesthésistes des Bluets.

Ceci infirme notre hypothèse : Permettre aux parturientes sous APD de se verticaliser, de se mobiliser en dehors de leur lit ou de déambuler ne majore globalement pas la charge de travail des professionnels.

1.1.2 Les patientes

Rappelons tout d'abord les hypothèses les concernant :

La principale (HP) est que la plupart des parturientes bénéficiant d'une APD n'émet pas de souhait particulier concernant sa mobilité.

Quatre hypothèses secondaires (HS) en découlent :

1. Une majorité pense inutile de se mobiliser pendant le travail et l'accouchement (HS1).
2. La plupart méconnaît les possibilités de mobilité perpartum (HS2).
3. Ces représentations sont liées aux informations qu'elles ont reçues (HS3).
4. Ces représentations sont liées à leur expérience personnelle (HS4).

Hypothèse principale (HP)

Aux Bluets, cette hypothèse est infirmée. Une large majorité (treize sur quinze) a formulé l'attente de pouvoir se mobiliser librement pendant le travail et choisir sa position d'accouchement.

A la MRUN, en revanche, elle est confirmée. Aucune n'a émis de souhait. Trois avaient pourtant le projet d'accoucher dans une position particulière, mais ne l'ont pas formulé, pensant que c'était impossible.

Première hypothèse secondaire (HS1)

Aux Bluets comme à la MRUN, cette hypothèse est infirmée. L'utilité de la mobilité fait quasiment l'unanimité parmi les femmes. Plus des deux tiers pensent que se mobiliser aide à gérer la douleur et favorise la physiologie.

Deuxième hypothèse secondaire (HS2)

Concernant la possibilité de se mobiliser pendant le travail, notre hypothèse est infirmée. Dans les deux maternités, une majorité en a connaissance.

Concernant les positions d'accouchement, notre hypothèse est infirmée aux Bluets et confirmée à la MRUN. La plupart des parisiennes sait l'accouchement possible dans de multiples positions, contre trois nancéennes.

Troisième hypothèse secondaire (HS3)

Aux Bluets, cette hypothèse est confirmée. Plus des trois quarts ont été informées sur la mobilité. Elles disent, pour la plupart, que cela a changé leur vision des choses. Avant la préparation à la naissance, treize n'imaginaient l'accouchement possible qu'en décubitus dorsal et la plupart pensait impossible de se mobiliser sous APD. Elles ont finalement une connaissance assez précise des bénéfices du mouvement, de la verticalité et de la déambulation.

A la MRUN, notre hypothèse est infirmée. Huit patientes ont reçu des informations, sept n'en ont reçu aucune. Dans ces deux groupes, les représentations majoritaires, sur l'utilité et la possibilité de se mobiliser, sont identiques (diagramme 16 en Annexe 3).

Quatrième hypothèse secondaire (HS4)

Notre hypothèse est confirmée, à Nancy comme à Paris, pour les représentations sur :

- les bénéfices de la mobilité sur la douleur,
- la possibilité de se mobiliser pendant le travail,
- les différentes positions d'accouchement.

En effet, l'expérience des patientes va dans le sens de leurs représentations. Elles pensent que se mobiliser aide à gérer la douleur et l'ont ressenti. Elles savent qu'il est possible de se mobiliser pendant le travail, ce qui a été le cas pour elles (avant l'APD à la MRUN). Enfin, les nancéennes ne pensent possible d'accoucher qu'en position gynécologique, ce qui a été le cas de toutes. Tandis que les parisiennes, dont les positions ont été très variées, savent qu'il est possible d'accoucher dans de nombreuses positions.

Notre hypothèse est, en revanche, infirmée concernant les bénéfices de la mobilité sur la physiologie. La plupart des patientes en est convaincue mais seules deux à Nancy et trois à Paris décrivent l'impression d'aider le travail à se faire en se mobilisant.

1.1.3 Synthèse

Permettre ou non aux parturientes sous APD de se verticaliser, de se mobiliser en dehors de leur lit ou de déambuler n'est pas lié à l'opinion des professionnels ou des patientes. En effet, à Nancy comme à Paris, tous sont convaincus de ses bénéfices (HI et HS1).

Par contre, la crainte que cela majore la charge de travail des Sages-femmes est présentée par les professionnels nancéens comme un frein (HIII). Les soignants des Bluets, qui pratiquent ainsi au quotidien, ne perçoivent pourtant majoritairement pas de contrainte supplémentaire.

Par ailleurs, cela ne fait ni partie des pratiques habituelles, ni parti des protocoles de la MRUN, contrairement aux Bluets (HII). Ceci semble adapté aux populations respectivement prises en charge par ces maternités.

En effet, les patientes des Bluets savent (grâce aux informations qu'elles ont reçues et à leur expérience) qu'il est possible de se mobiliser pendant le travail et d'accoucher dans de nombreuses positions (HS2, 3 et 4). Ainsi, une large majorité émet le souhait de se mobiliser (HP).

A Nancy, en revanche, aucune n'exprime d'attente (HP). Pourtant, informées ou non, elles savent qu'il est possible de se mobiliser pendant le travail (HS2 et 3). Elles ne pensent par contre l'accouchement possible qu'en position gynécologique (HS2), leur propre expérience allant dans ce sens (HS4).

1.2 Confrontation des résultats à la littérature

1.2.1 L'utilité de la mobilité (HI et HS1)

A Nancy comme à Paris, patientes et professionnels sont convaincus de l'utilité de la mobilité pour les parturientes sous APD. La littérature leur donne globalement raison : La plupart

des études sur l'APD déambulatoire (52,56,57,59,60,62–67,71) montrent une amélioration des pronostics materno-foetal et obstétrical et une moindre médicalisation (sondage urinaire, ocytociques). Quelques études (28,40,54,58) trouvent ces paramètres inchangés. Toutes (4,28,33,39,52,57–59,62,64,66,72) s'accordent en revanche sur un soulagement maternel identique voire amélioré, des sensations moins perturbées et des efforts expulsifs plus efficaces.

1.2.2 Les pratiques et les protocoles diffèrent selon l'établissement (HII)

L'obstétrique, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, est le fruit d'une longue évolution. La sécurisation de la naissance a d'abord entraîné une limitation de la mobilité, élément primordial de la mécanique obstétricale. Depuis une vingtaine d'années, on tente de permettre aux femmes de se mobiliser davantage, sans déroger à la sécurité. L'analgésie péridurale déambulatoire s'inscrit dans ce cadre (3–5).

L'obstétrique doit en fait conjuguer plusieurs missions : favoriser l'eutocie et sécuriser la naissance, ainsi que soulager les douleurs obstétricales (article L1110-5 du Code de la Santé Publique).

Chaque établissement s'organise pour remplir ces missions selon les spécificités qui sont les siennes. En effet, bien que les recommandations soient les mêmes pour tous, les stratégies de prise en charge diffèrent d'une maternité à l'autre (selon les membres qui composent l'équipe, les caractéristiques des patientes accueillies, etc).

Ainsi, les Bluets et la MRUN sont deux maternités très différentes. Notamment parce que l'une est de type 1 et l'autre de type 3. Les patientes qu'elles accueillent ne présentent donc pas le même niveau de risque (recommandations de l'HAS(73)). De fait les stratégies de prise en charge diffèrent. L'une, plus souvent confrontée à la pathologie, s'attache à sécuriser les naissances au maximum. L'autre, prenant en charge des patientes à bas risque, met l'accent sur le respect de la physiologie et de l'autonomie des patientes. Leurs pratiques et leurs protocoles concernant la mobilité des parturientes sous APD diffèrent de fait.

1.2.3 Contraintes supplémentaires pour les professionnels (HIII)

Les professionnels nancéens craignent qu'employer l'APD déambulatoire majore la charge de travail des Sages-femmes et nécessite une réorganisation matérielle. Ceux des Bluets ne perçoivent pas de majoration de contraintes mais pensent en effet que du matériel spécifique facilite son utilisation. Les auteurs (28,52,54,64,72), eux, mentionnent la nécessité :

- d'évaluer régulièrement le niveau d'analgésie et de bloc sensitivo-moteur,
- que la femme qui déambule soit accompagnée,

- d'un dispositif d'ERCF continu adapté à la déambulation,
- d'un moyen d'appel patiente/Sage-femme fonctionnel dans les deux sens.

Néanmoins, la plupart des femmes qui bénéficient de cette APD aux Bluets déambulent rarement en dehors de leur chambre. Elles se mobilisent simplement davantage que celles qui ont une APD plus dosée et conservent plus de sensations. Ceci minimise quelque peu les contraintes supplémentaires énoncées.

1.2.4 Les représentations des femmes concernant la mobilité (HP, HS2, 3 et 4)

Nombre d'auteurs (3,5,6,64,74) pensent que la façon dont une femme se projette dans son accouchement est influencée par les normes sociales qui l'environnent. Or, aujourd'hui, en Occident, la plupart des femmes accouche en milieu hospitalier, en position horizontale, sous analgésie péridurale. Plusieurs organisations (7) et associations de parents considèrent fondamental que les femmes/couples soient davantage informés sur les bénéfices de la mobilité.

On constate en effet qu'aux Bluets (où l'APD déambulatoire est utilisée en pratique courante), les patientes ont été très majoritairement sensibilisées à l'importance de la mobilité. Elles ont été préparées à accoucher en étant libres de leurs mouvements (avec ou sans APD). Elles sont donc venues en Salle de naissances en sachant qu'il était possible de se mobiliser et en pensant que c'était important. La plupart a donc émis le souhait de pouvoir le faire, et, pour une majorité, cela s'est concrétisé.

Réciproquement, à la MRUN (où il n'est pas habituel que les patientes sous APD se verticalisent ou quittent leur lit), peu de patientes ont été informées à ce sujet. Celles qui sont allées en PNP ont été préparées à accoucher selon les protocoles et les habitudes locales. Elles sont donc venues en Salle de naissance sans attente particulière.

2 DISCUSSION : LIMITES ET PERSPECTIVES DE CE TRAVAIL

2.1 Principales limites de l'étude et axes d'amélioration

Notre étude présente certaines limites.

Tout d'abord, ses résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population puisqu'elle a porté sur des effectifs relativement faibles. Néanmoins, son objectif était

descriptif, observationnel. Elle s'intéressait à des données qualitatives et le calcul des effectifs nécessaires a été réalisé dans ce sens. En effet, il semblait que le meilleur moyen de décrire la situation, en tenant compte de sa complexité, était de mener des entretiens. Ceux-ci étant relativement chronophages et les délais de réalisation du mémoire étant limités, il était difficile de travailler sur des effectifs plus importants. Il serait désormais intéressant de mener ce type d'étude à plus large échelle : les résultats pourraient ainsi impacter la prise en charge de la mobilité des patientes dans différents établissements.

Ensuite, notre question de recherche repose sur une supposition. Il aurait été préférable de disposer d'un recensement précis du nombre de maternités employant l'analgésie péridurale déambulatoire. Il semblerait que cela n'ait pas encore été effectué, ce qui pourrait être intéressant.

Par ailleurs, les gynécologues obstétriciens interviennent de façon essentielle dans la prise en charge des parturientes sous analgésie péridurale. Il est dommage qu'ils n'aient pas pu se rendre disponibles pour participer aux entretiens. Il aurait été intéressant de connaître leur opinion au sujet de la mobilité de ces femmes.

Enfin, la comparabilité des populations étudiée est limitée. En effet, les deux maternités sont de type différent (1 et 3) et accueillent des patientes ne présentant pas le même niveau de risque. Afin de limiter ce biais, les femmes rencontrées à Nancy ont été sélectionnées pour être à bas risque obstétrical. Cependant, le type de maternité influence également les protocoles, les habitudes professionnelles de prise en charge des patientes ainsi que la disponibilité des équipes. Ceci constitue en soi un élément de réponse à notre problématique et ne peut être négligé. Il serait intéressant de réaliser ce type d'étude sur deux maternités plus comparables.

2.2 Discussion et contextualisation de ce travail

La distinction entre péridurales « standard moderne » et « déambulatoire » ne traduit pas l'existence de deux types d'APD, mais une gestion et une utilisation différentes de celle-ci.

La technique de pose, les anesthésiques locaux utilisés, ainsi que les concentrations et les volumes injectés sont identiques aux Bluets et à la MRUN. Il n'y a donc pas de raison pour que le bloc moteur des patientes nancéennes soit plus important que celui des parisiennes. Mais leur capacité à utiliser la force motrice de leurs jambes est rarement évaluée.

Il serait donc, en fait, tout à fait envisageable, sans modifier la technique de pose ni les produits utilisés pour la péridurale, de permettre aux femmes qui le souhaitent de se verticaliser, de se mobiliser en dehors de leur lit voire de déambuler.

Néanmoins, l'étude menée montre que la prise en charge proposée par les deux maternités est adaptée aux attentes respectives de leurs patientes. Celles des Bluets souhaitent se mobiliser librement et le peuvent. Celles de Nancy ne formulent pas cette attente et se disent globalement satisfaites de leur accompagnement.

2.2.1 Approche de la dimension socio-culturelle des attentes maternelles

Se pose la question suivante : Pourquoi les patientes des Bluets et de la MRUN ont des attentes si différentes ? Cette étude a analysé l'influence de leurs représentations, des informations qu'elles reçoivent et de leur expérience personnelle sur ces souhaits. Mais il semble important de s'interroger également sur les caractéristiques qui différencient ces deux groupes de femmes.

Bien qu'elles soient comparables sur le plan obstétrical (parité, terme et voie d'accouchement), leurs caractéristiques culturelles semblent assez différentes. La population parisienne paraît effectivement plus hétérogène (sur quinze patientes, sept portent un nom à consonance étrangère (arabe, africaine, britannique, italienne et scandinave), tandis qu'elles ne sont que trois à Nancy (arabe et italienne)). Or, le comportement des femmes lors de l'accouchement est étroitement lié à la culture dont elles sont issues (chacune ayant ses normes, ses rites).

Par ailleurs, le nombre de maternités en Île de France est plus important qu'en Lorraine. Les patientes parisiennes peuvent ainsi choisir l'établissement qui répond le mieux à leurs attentes. Or la maternité des Bluets est traditionnellement connue pour son souci de préserver la physiologie et l'autonomie des femmes. Les patientes qui choisissent d'y accoucher le font sans doute en connaissance de cause. Elles sont certainement nombreuses à avoir déjà, à priori, des attentes concernant leur mobilité.

La maternité de Nancy, pour sa part, est la seule maternité publique de type III de la région Lorraine. Elle accueille donc des patientes d'horizons divers, avec des projets de naissance bien plus variés.

Ensuite, les résultats de l'étude ont montré que ces patientes n'étaient pas informées de la même façon sur la mobilité (chaque établissement préparant les femmes à accoucher selon ses protocoles internes). Or ces informations participent à forger les représentations des femmes, donc leurs attentes.

2.2.2 Approche de l'aspect sociologique des prises en charge en périnatalité

Ces différences d'attentes pourraient traduire, dans le champ de la périnatalité, deux évolutions sociologiques parallèles. Une tendance au « retour à la nature » d'une part et une recherche de sécurité et de performance d'autre part.

En effet, une part de la population prône l'alimentation biologique, le respect de l'environnement, les énergies renouvelables et se positionne pour une naissance moins technicisée, plus naturelle, plus humaine. De nombreuses associations de parents, militant pour une « naissance respectée », voient le jour. Les maisons de naissances, le suivi global et « salles natures » dans les maternités se développent.

Parallèlement, les évolutions techniques permettent à la médecine d'être de plus en plus performante pour diagnostiquer et traiter. Ces progrès étant médiatisés, de nombreux patients se positionnent en tant qu'usagers, revendiquant le droit d'être « contents », quittes à avoir recours à la justice. Le système de santé est ainsi de plus en plus considéré comme une entreprise, avec un souci de sécurisation maximale, d'efficacité, voire de rentabilité (dépenses de la sécurité sociale).

Les « praticiens de la naissance » se trouvent donc tiraillés entre leurs mission première (préserver l'eutocie, sécuriser la naissance), une peur de la judiciarisation (en cas d'erreur médicale ou d'accident), une pression due aux restructurations du système de santé (moyens humains et matériels limités) et le « devoir » de « contenter » des couples présentant des attentes très variables.

Tous ces éléments montrent que mener une réflexion sur les attentes des patientes et sur les pratiques professionnelles nécessite la conscience de nombreux paramètres d'influence. Pourquoi, avec une péridurale identique, telle maternité permet aux parturientes de se mobiliser en dehors du lit et telle autre non ? Répondre à une telle question implique la prise en compte de dimensions obstétricales, humaines et sociales imbriquées et complexes.

Conclusion

Les parturientes sous analgésie péridurale (APD) se verticalisent ou déambulent rarement. La mobilité maternelle est pourtant primordiale pour préserver l'eutocie. On dispose actuellement de péridurales faiblement dosées, entraînant un bloc moteur minime.

Pourquoi certaines maternités (comme les Bluets à Paris) permettent une mobilité en dehors du lit, et d'autres (comme la Maternité Régionale Universitaire de Nancy) non ? Une étude, menée dans ces deux maternités, montre que les péridurales sont les mêmes. Il serait possible de mobiliser les femmes de la même façon. Cependant, les Sages-femmes nancéennes n'en ont pas connaissance et la capacité des patientes à utiliser la force motrice de leurs jambes est rarement évaluée.

En outre, la prise en charge proposée par chaque structure convient aux patientes qu'elle accueille. A Nancy, les femmes n'expriment pas le souhait de se mobiliser mais la moitié n'a reçu aucune information à ce sujet. Aux Bluets, où les patientes sont très informées, la plupart exprime des attentes. Mais peut-être ont-elle choisi cette maternité précisément parce qu'elles souhaitaient se mobiliser librement et savaient que c'était possible.

Par ailleurs, à Nancy, les professionnels n'ont, pour la plupart, jamais mobilisé les patientes sous APD de cette façon. Ils craignent ne pas disposer du temps et du matériel nécessaires à la surveillance de ces patientes. Maternité de type III, ils gèrent des situations pathologiques rarement rencontrées aux Bluets, type I. Néanmoins, les Sages-femmes parisiennes ne perçoivent pas de contrainte supplémentaire. Elles constatent de nombreux bénéfices sur la mécanique et la dynamique obstétricales, ainsi que sur le vécu maternel.

Ce travail semble avoir atteint son objectif : une réflexion sur la mobilité des parturientes sous APD a été menée. L'analyse de la littérature et les entretiens réalisés ont suscité l'interrogation et le partage de connaissances avec de nombreux professionnels. Les femmes ont enrichi ce travail de leurs témoignages. L'ensemble mène à repositionner cette réflexion dans un contexte plus global. En Salle de Naissances, on accueille des couples aux attentes variées. Leur accompagnement dépend d'une imbrication complexe de facteurs obstétricaux, mais aussi matériels, humains et sociaux.

Enfin, ce travail ouvre certaines perspectives. Il montre l'intérêt de réaliser une étude à plus large échelle. Ceci permettrait d'obtenir des résultats généralisables et pourrait impacter, en pratique, la prise en charge de la mobilité des parturientes sous APD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code Santé Publique, Article L1110-5.
2. Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19 févr 2004;4(1):3.
3. CNGOF. Positions maternelles pour l'accouchement. Paris; 1998.
4. Déambulation pendant le travail.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2012]. Disponible sur: <http://www.mapar.org>
5. De Gasquet B. Installation de la parturiente et postures pendant le travail [Internet]. Mieux Sinformer Pour Une Naiss. Respectée. [cité 12 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.infosaccouchement.org>
6. DiFranco JT, Romano AM, Keen R. Care Practice #5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions. *J Perinat Educ*. 2007;16(3):35-38.
7. Position Paper: Promoting, Supporting, and Protecting Normal Birth. *J Perinat Educ*. 2007;16(3):11-15.
8. Storton S. Step 4: Provides the Birthing Woman With Freedom of Movement to Walk, Move, Assume Positions of Her Choice. *J Perinat Educ*. 2007;16(Suppl 1):25S-27S.
9. Schaal JP. Mécanique et techniques Obstétricales. 3ème édition. Montpellier: SAURAMPS Médical; 2007.
10. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). In: The Cochrane Collaboration, Hunter S, éditeurs. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 24 févr 2012]. Disponible sur: <http://summaries.cochrane.org>
11. Chamberlain G, Stewart M. Walking through labour. *Br Med J Clin Res Ed*. 3 oct 1987;295(6602):802.
12. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J*. 26 août 1978;2(6137):591-593.
13. Odent M. le bébé est un mammifère. Editions l'Instant Présent. 2011.
14. De Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. mars 2004;25(1):35-45.
15. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al. Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2010;39(8):656-662.

16. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. 2009 [cité 24 févr 2012];2. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com>
17. Ragnar I, Altman D, Tydén T, Olsson S. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 févr 2006;113(2):165-170.
18. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al. Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2010;39(8):656-662.
19. World Health Organization. Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement [Internet]. 1985. Disponible sur: <http://accoucherautrement.free.fr/Recommandations-OMS.htm>
20. World Health Organization. Les soins liés à l'accouchement normal. 1997.
21. Landau R. Anesthésie-analgésie pour le travail obstétrical. Elsevier Masson SAS. 2006.
22. Mercier F. Douleur du travail et de l'accouchement: place de l'analgésie péridurale. CNRD [Internet]. juin 2004; Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Douleur-du-travail-et-de-l.html>
23. Vial F. Douleur en Obstétrique. MRUN; 04012012.
24. Landau R. Pain management during labor. F1000 Med Reports [Internet]. 21 janv 2009 [cité 2 sept 2012];1. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920708/>
25. Dailland P, Berl M, Dubois-Gozlan L, Jaber H, Collectif. Protocoles d'anesthésie-réanimation obstétricale. 2e édition revue et corrigée. Arnette Blackwell; 2011.
26. Vial F. Alternatives à l'anesthésie péridurale pour le travail. MRUN; 04012012.
27. Palot M, Visseaux H, Botmans N, et al. L'analgésie périmédullaire et déambulation. *Actual En Anesthésie-Analgésie Obstétricale*2. 2005;9-12.
28. Wong CA. Advances in labor analgesia. *Int J Womens Heal.* 9 août 2010;1:139-154.
29. Pandya S. Labour analgesia: Recent advances. *Indian J Anaesth.* 2010;54(5):400.
30. Findley I, Chamberlain G. Relief of pain. *BMJ.* 3 avr 1999;318(7188):927-930.
31. Enquête périnatale 2010 : des grossesses toujours mieux suivies [Internet]. [cité 14 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr>
32. Mercier F. Impact de l'analgésie péridurale sur la mécanique obstétricale au cours du travail [Internet]. 2007 [cité 3 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr>
33. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.mapar.org>
34. Vial F. les différentes techniques d'anesthésie. MRUN

35. Tsen LC, Thue B, Datta S, Segal S. Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? *Anesthesiology*. oct 1999;91(4):920-925.
36. Pandya ST. Labour analgesia: Recent advances. *Indian J Anaesth*. 2010;54(5):400-408.
37. Findley I, Chamberlain G. Relief of pain. *BMJ*. 3 avr 1999;318(7188):927-930.
38. VIAL F. les anesthésiques locaux. *MRUN*; 2012.
39. Roelants F. La péridurale déambulatoire : un plus en obstétrique ? [Internet]. Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique; 2006 [cité 2 déc 2011]. Disponible sur: www.aliar.lu
40. Kalra S, Saraswat N, Agnihotri GS. Comparison of efficacy of bupivacaine and fentanyl with bupivacaine and sufentanil for epidural labor analgesia. *Saudi J Anaesth*. sept 2010;4(3):178-181.
41. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Labor analgesia and cesarean delivery: an individual patient meta-analysis of nulliparous women. *Anesthesiology*. janv 2004;100(1):142-148; discussion 6A.
42. Liu EHC. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review. *BMJ*. 12 juin 2004;328(7453):1410-0.
43. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2005;(4):CD000331.
44. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2002;186(5 Suppl Nature):S69-77.
45. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med*. 17 févr 2005;352(7):655-665.
46. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. mars 2006;194(3):600-605.
47. Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, Penning DH, Choi WW, Bates JN, et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? *Anesthesiology*. juin 1994;80(6):1201-1208.
48. Chestnut DH, Vincent RD Jr, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? *Anesthesiology*. juin 1994;80(6):1193-1200.
49. Hess PE, Pratt SD, Soni AK, Sarna MC, Oriol NE. An association between severe labor pain and cesarean delivery. *Anesth Analg*. avr 2000;90(4):881-886.
50. Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Intensity of labor pain and

cesarean delivery. *Anesth Analg.* juin 2001;92(6):1524-1528.

51. Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barrett JF, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis. *JAMA J Am Med Assoc.* 23 déc 1998;280(24):2105-2110.
52. Preston R. Walking epidurals for labour analgesia: do they benefit anyone? *Can J Anesth Can Anesthésie.* 6 janv 2010;57(2):103-106.
53. Mercier F. Actualité de l'analgésie péridurale pour le travail. *Anesthésie-Réanimation. Hopital Antoine Béclère de Clamart;*
54. Palot M, Visseaux H, Botmans N, et al. L'analgésie pérимédullaire et déambulation. *Actual En Anesthésie-Analgésie Obstétricale*2. 2005. p. 9-12.
55. Mercier F, Lhuissier C, Bouaziz H, Dounas M. Le point sur l'analgésie péridurale en 1996 ; Utilisation en ambulatoire? Chapitre 12 - Anesthésiologie Analgésie En Milieu Obstétrical [Internet]. Fort de France 10; 1997 [cité 2 sept 2012]. Disponible sur: <http://pro.gyneweb.fr>
56. Collis RE, Harding SA, Morgan BM. Effect of maternal ambulation on labour with low-dose combined spinal-epidural analgesia. *Anaesthesia.* juin 1999;54(6):535-539.
57. Vallejo MC, Firestone LL, Mandell GL, Jaime F, Makishima S, Ramanathan S. Effect of epidural analgesia with ambulation on labor duration. *Anesthesiology.* oct 2001;95(4):857-861.
58. Collis RE, Davies DW, Aveling W. Randomised comparison of combined spinal-epidural and standard epidural analgesia in labour. *Lancet.* 3 juin 1995;345(8962):1413-1416.
59. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper GM, Shennan A. Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Anaesthesia.* mars 2009;64(3):266-272.
60. Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery.* juin 2004;20(2):157-168.
61. De la Chapelle A, Carles M, Gleize V, Dellamonica J, Lallia A, Bongain A, et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. *Int J Obstet Anesth.* avr 2006;15(2):104-108.
62. Nageotte MP, Larson D, Rumney PJ, Sidhu M, Hollenbach K. Epidural analgesia compared with combined spinal-epidural analgesia during labor in nulliparous women. *N Engl J Med.* 11 déc 1997;337(24):1715-1719.
63. Tibi N, Bizimungu J, Berardi J. Consommation d'ocytociques et durée du travail sous analgésie péridurale ambulatoire. *EM-Consulte.* 2001;30(7):674-679.
64. Payen J, Frenea S, Chirossel C. déambulation pendant le travail. 2002;91-96.
65. Cohen SE, Yeh JY, Riley ET, Vogel TM. Walking with labor epidural analgesia: the impact of bupivacaine concentration and a lidocaine-epinephrine test dose. *Anesthesiology.* févr 2000;92(2):387-392.

66. Frénéa S, Chirossel C, Rodriguez R, Racinet C, Payen J. Effets de l'analgésie péridurale déambulatoire sur le déroulement de l'accouchement. *Ann Fr Anesth Reanim*; 1999.
67. Campbell DC, Zwack RM, Crone L-AL, Yip RW. Ambulatory Labor Epidural Analgesia: Bupivacaine Versus Ropivacaine. *Anesth Analg*. 1 juin 2000;90(6):1384-1389.
68. Haute. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [Internet]. 2009 déc p. 50. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
69. DIM Nancy. Bilan Salle de naissances [Internet]. Disponible sur: <http://picsou.maternite.chu-nancy.fr/med/bdsnbilan.php>
70. Perinat-ARS-IDF. Indicateurs RPEP par établissement 2011 [Internet]. Disponible sur: http://www.perinat-ars-idf.org/resu_reseaux.php#chap2
71. De la Chapelle A, Carles M, Dellamonica J, et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. *Int J Obstet Anesth*. 2006;15(2):104-108.
72. Mercier F, Lhuissier C, Bouaziz H, Dounas M. Le point sur l'analgésie péridurale en 1996: utilisation en ambulatoire? [Internet]. 1996. Disponible sur: <http://pro.gyneweb.fr>
73. Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque: orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement - Critères médicaux d'orientation en fonction des pathologies maternelles et foetales [Internet]. 2009 déc p. 9. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
74. Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19 févr 2004;4:3.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	4
Préface.....	5
Introduction.....	6
Première partie : données de la littérature	7
1 La péridurale, une analgésie obstétricale de choix.....	8
1.1 La douleur obstétricale et ses retentissements.....	8
1.2 L'analgésie péridurale	9
1.2.1 Fonctionnement.....	9
1.2.2 Produits pharmacologiques.....	9
1.2.3 Effets indésirables.....	9
1.2.4 Risques.....	10
1.2.5 Influence sur le pronostic obstétrical	10
2 la mobilité des parturientes participe à la mécanique obstétricale	11
2.1 Les positions obstétricales	11
2.2 Leurs impacts sur la mécanique obstétricale	11
2.2.1 Modification des dimensions du bassin.....	12
2.2.2 Autres éléments influençant la mécanique obstétricale	12
2.3 Leur influence sur l'issue obstétricale.....	13
2.3.1 La voie d'accouchement	13
2.3.2 Les traumatismes périnéo-vulvaires	13
2.3.3 Les pertes sanguines maternelles	13
2.3.4 La durée du travail.....	14
2.3.5 Le bien-être fœtal et néonatal	14
2.3.6 Le vécu maternel	14
2.3.7 Surveillance et prise en charge.....	14
2.4 Conclusions des auteurs et recommandations.....	14
3 Vers une analgésie péridurale « a minima », déambulatoire.....	15
3.1 L'analgésie péridurale déambulatoire en pratique.....	15
3.1.1 Faisabilité	15
3.2 Intérêts et limites.....	16
3.2.1 Le pronostic obstétrical.....	16
Le mode d'accouchement	16
Durée du travail et efficacité des contractions utérines	17
Influence sur la miction.....	17
Effets délétères maternels, fœtaux et néonataux.....	17
3.2.2 Atteinte sensitivo-motrice et perceptions maternelles.....	17
3.2.3 Vécu maternel.....	17
Deuxième partie : problématique et étude.....	19
1 Matériel et méthode.....	20
1.1 Hypothèses	20
1.2 Populations	21
1.3 Recueil et analyse des données.....	21
1.4 Aspects éthiques.....	22
1.5 Aspects réglementaires.....	22

1.6 Moyens.....	22
2 Principaux résultats.....	23
2.1 Entretiens auprès des professionnels.....	23
2.1.1 Leur avis sur l'utilité de la mobilité perpartum.....	23
2.1.2 Leur accompagnement de la mobilité des parturientes.....	23
2.1.3 Leurs avis sur l'analgésie péridurale déambulatoire.....	25
2.1.3.1 Leurs arguments en faveur de l'APD déambulatoire.....	25
2.1.3.2 Leurs réserves.....	26
2.1.4 Contextualisation.....	27
2.2 Entretiens auprès des patientes.....	28
2.2.1 Leurs souhaits.....	28
2.2.2 Leurs représentations sur l'utilité de la mobilité.....	29
2.2.3 Leurs représentations sur les possibilités de mobilité.....	29
2.2.4 Les informations reçues concernant la mobilité.....	29
2.2.5 Leur expérience personnelle de mobilité.....	30
2.2.5.1.1 Pendant le travail.....	30
2.2.5.1.2 A l'accouchement.....	31
2.2.6 L'impact de cette mobilité sur leur vécu.....	31
Troisième partie : analyse des résultats et discussion.....	32
1 Analyse des résultats de l'étude.....	33
1.1 Confrontation des hypothèses aux résultats.....	33
1.1.1 Les professionnels.....	33
Première hypothèse (HI).....	33
Deuxième hypothèse (HII).....	33
Troisième hypothèse (HIII).....	34
1.1.2 Les patientes.....	34
Hypothèse principale (HP).....	35
Première hypothèse secondaire (HS1).....	35
Deuxième hypothèse secondaire (HS2).....	35
Troisième hypothèse secondaire (HS3).....	35
Quatrième hypothèse secondaire (HS4).....	35
1.1.3 Synthèse.....	36
1.2 Confrontation des résultats à la littérature.....	36
1.2.1 L'utilité de la mobilité (HI et HS1).....	36
1.2.2 Les pratiques et les protocoles différents selon l'établissement (HII).....	37
1.2.3 Contraintes supplémentaires pour les professionnels (HIII).....	37
1.2.4 Les représentations des femmes concernant la mobilité (HP, HS2, 3 et 4).....	38
2 Discussion : limites et perspectives de ce travail.....	38
2.1 Principales limites de l'étude et axes d'amélioration.....	38
2.2 Discussion et contextualisation de ce travail.....	39
2.2.1 Approche de la dimension socio-culturelle des attentes maternelles.....	40
2.2.2 Approche de l'aspect sociologique des prises en charge en périnatalité.....	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
Annexe 1 : guide d'entretien patientes.....	I
Annexe 2 : Guide d'entretien professionnels.....	III

Annexe 3 : Diagrammes des entretiens avec les patientesV

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN PATIENTES

Élise Aimé

École de Sages-femmes de Nancy

1ère année de 2ème phase 2011/2012

Bonjour,

Je m'appelle Élise Aimé et je suis étudiante Sage-femme à l'École de Nancy (Meurthe et Moselle).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur la manière dont les femmes se mobilisent pendant leur travail et leur accouchement.

Je mène pour cela des entretiens auprès de femmes qui ont accouché en bénéficiant d'une analgésie péridurale.

Toutes les données que je recueille lors de ces entretiens restent anonymes afin de respecter la réglementation en termes de secret médical et de protection des personnes.

Si vous acceptez de participer à mon étude, veuillez compléter s'il vous plaît le bordereau ci-dessous :

Merci

.....
.....

J'accepte de participer à l'étude qui s'intitule « La mobilité des parturientes bénéficiant d'une analgésie péridurale » menée par Élise Aimé, étudiante Sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Nom Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Le .../.../..... Signature :

Identification de la patiente :

parité :

terme : SA + j

jour du post-partum : J

mode d'accouchement :

1. - Dans votre représentation, une femme qui accouche, dans quelle position est-elle ?
- Dans votre représentation, une femme qui est en travail (c'est à dire qui a des contractions pour accoucher), comment bouge-t-elle ? C'est à dire : quelles positions prend-elle ? Est ce qu'elle se déplace ? Etc...
2. Est ce que vous pensez que les processus qui mènent à l'accouchement (les contractions, l'ouverture du col, etc...) peuvent être influencés par la manière dont la femme bouge, se déplace, par les positions qu'elle prend ?
3. Est ce que vous pensez qu'en bougeant, en se déplaçant, en prenant différentes positions, une femme peut agir sur la douleur que lui causent le travail et l'accouchement ?
4. Pendant votre grossesse, des informations vous ont-elles été données par les professionnels sur la manière dont on pouvait bouger, se déplacer, les positions qu'on pouvait prendre pendant le travail et pour l'accouchement ? Si oui, à quelles occasions ? (consultations de grossesse, préparation à la naissance, consultation d'anesthésie, Salle de Naissances, Autres).
5. Ces informations concernaient ? (l'influence des positions qu'on prend, des mouvements qu'on effectue sur l'avancée du travail, leur influence sur la gestion de la douleur, les positions facilitant la progression du bébé dans le bassin aux différentes étapes du travail, les différentes positions d'accouchement, l'influence de l'analgésie péridurale sur les possibilités de bouger, d'autres informations) ?
6. Avez-vous eu des informations par un autre biais ? (Internet, lectures, Discussions avec vos proches, Autres).
8. Aviez-vous des attentes concernant votre mobilité pendant le travail ou votre position d'accouchement ?
7. Pendant le travail quelles positions avez-vous prises, comment vous êtes vous mobilisée? (Avant et après l'APD)
9. Dans quelle position avez-vous accouché ?
10. Pensez-vous que la manière dont vous avez pu bouger, vous positionner, vous déplacer, a eu un impact sur la façon dont vous avez vécu les choses ?

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

PROFESSIONNELS

Élise Aimé

École de Sages-femmes de Nancy

1ère année de 2ème phase 2011/2012

Bonjour,

Je m'appelle Élise Aimé et je suis étudiante Sage-femme à l'École de Nancy (Meurthe et Moselle).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur la mobilité des parturientes bénéficiant d'une analgésie péridurale : J'essaie de comprendre ce qui explique les différences de pratiques autour de cette question selon les établissements. Je mène pour cela des entretiens auprès d'Anesthésistes, d'Obstétriciens et de Sages-femmes participant à la prise en charge de ces femmes.

Toutes les données que je recueille lors de ces entretiens restent anonymes afin de respecter la réglementation en termes de protection des personnes.

Si vous acceptez de participer à mon étude, veuillez compléter s'il vous plaît le bordereau ci-dessous :

Merci

.....
.....

J'accepte de participer à l'étude qui s'intitule « La mobilité des parturientes bénéficiant d'une analgésie péridurale » menée par Élise Aimé, étudiante Sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Nom Prénom :

Adresse e-mail ou n°de téléphone professionnel :

Le .../.../..... Signature :

Identification du praticien :

1. A votre avis, est ce que c'est utile, pour favoriser les processus physiologiques du travail et de l'accouchement, que les femmes se mobilisent (c'est à dire bougent, changent de positions, se déplacent, etc...)?
2. A votre avis, cette même mobilité, est-elle utile pour aider les femmes à gérer leurs douleurs ?
3. Ces avis, sont-ils valables aussi s'il s'agit d'une femme qui bénéficie d'une analgésie péridurale ?
4. Ces avis, relèvent-ils de la conviction/ l'intuition, l'expérience, de votre formation, de la littérature, autres ?
5. Dans votre pratique, dans la prise en charge d'une patiente en travail, vous servez-vous de la mobilité comme d'un outil ? jamais, rarement, en cas de dystocie, souvent, systématiquement (pour toutes les patientes) ?
6. Selon vous, que peut-on proposer en termes de mobilité à une femme qui bénéficie d'une péridurale ?
7. Y a t il des possibilités différentes selon qu'il s'agisse d'une péridurale classique ou d'une péridurale déambulatoire ?
8. Dans les questions qui suivent, je m'intéresse à votre avis, vos représentations concernant l'analgésie péridurale déambulatoire :
 - Des notions concernant cette technique vous ont-elles été données lors de votre formation?
 - Avez vous reçu des informations/acquis des connaissances sur le sujet par un autre biais ?
 - D'après vous, est-ce une technique aussi efficace que l'analgésie péridurale classique pour soulager les femmes de leurs douleurs ?
 - Pensez-vous qu'il y ait un intérêt à ce que ce type d'analgésie se développe et soit proposé aux parturientes? En quoi ?
 - Pensez-vous que l'utilisation de ce type d'analgésie soit plus contraignante pour les équipes ? En quoi ?
 - Pensez-vous que les femmes pourraient être intéressées par cette alternative à la péridurale classique ?
 - Vous, dans votre pratique, lors de la prise en charge de parturientes, trouv(eri)ez-vous cela intéressant de pouvoir leur proposer l'analgésie péridurale déambulatoire ? En quoi?
9. Dans l'établissement dans lequel vous travaillez, propose-t-on aux parturientes de bénéficier d'une analgésie péridurale déambulatoire ?

Avez vous une idée des raisons qui expliqueraient que dans cette maternité on ait fait ce choix de proposer/ne pas proposer aux patientes de bénéficier d'une analgésie de ce type ?

ANNEXE 3 : DIAGRAMMES DES ENTRETIENS AVEC LES PATIENTES

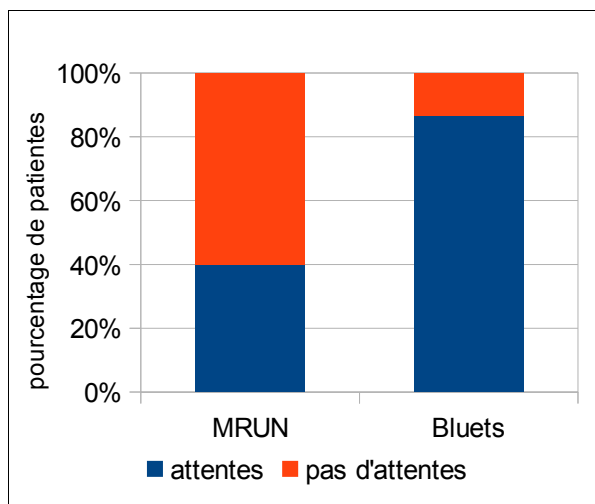


Diagramme 5 : Pourcentage de patientes formulant des attentes concernant la mobilité

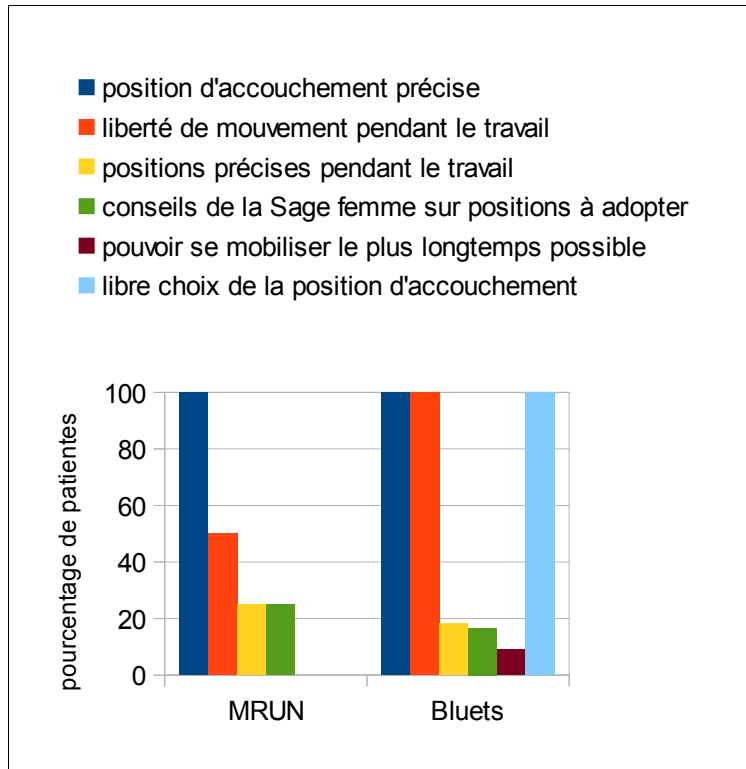


Diagramme 6 : Souhais formulés par les patientes ayant des attentes

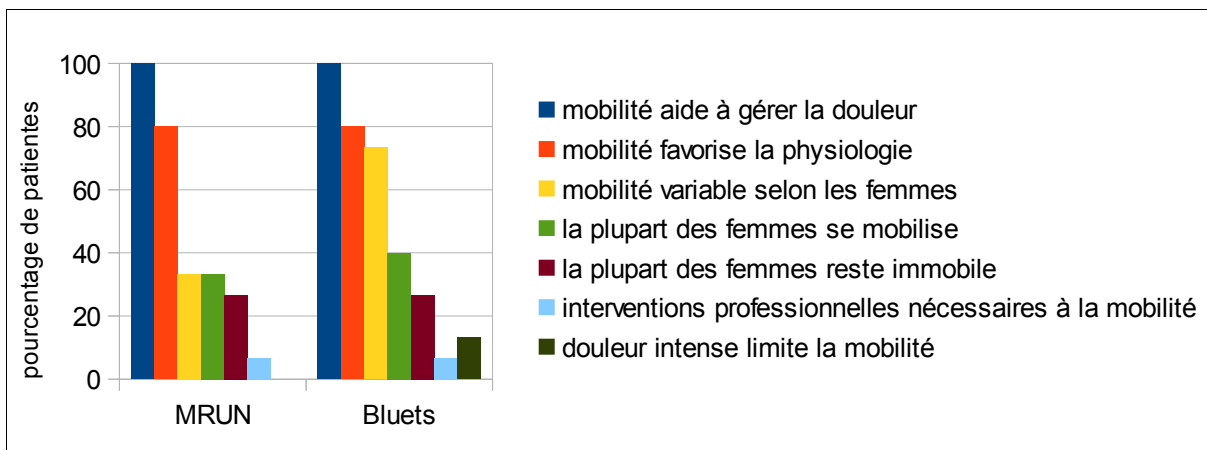


Diagramme 7 : Représentations des patientes sur la mobilité pendant le travail

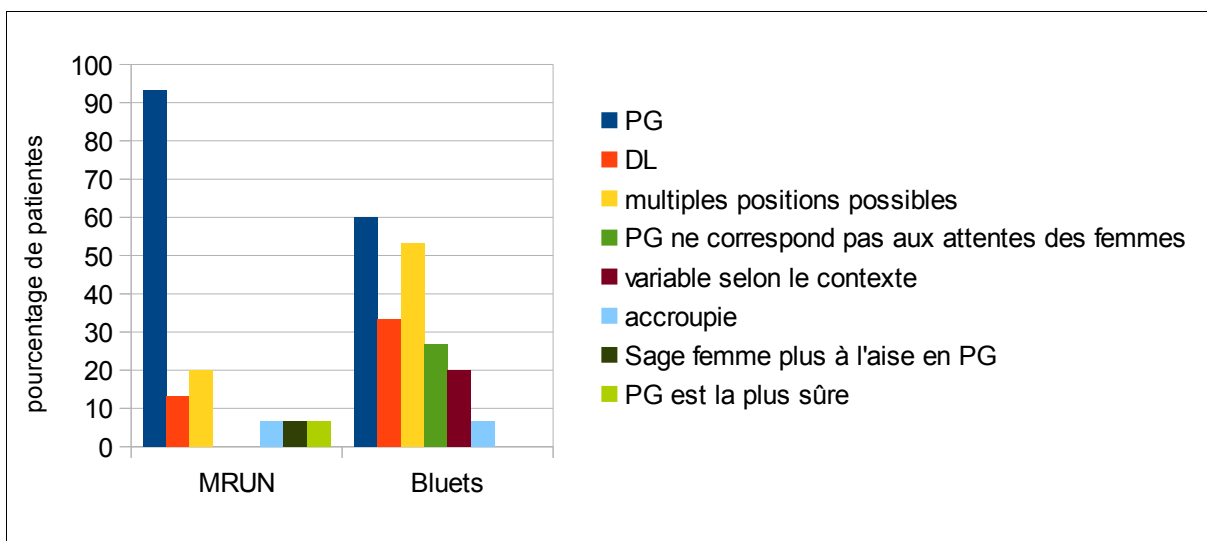


Diagramme 8 : Représentations des patientes sur les positions d'accouchement

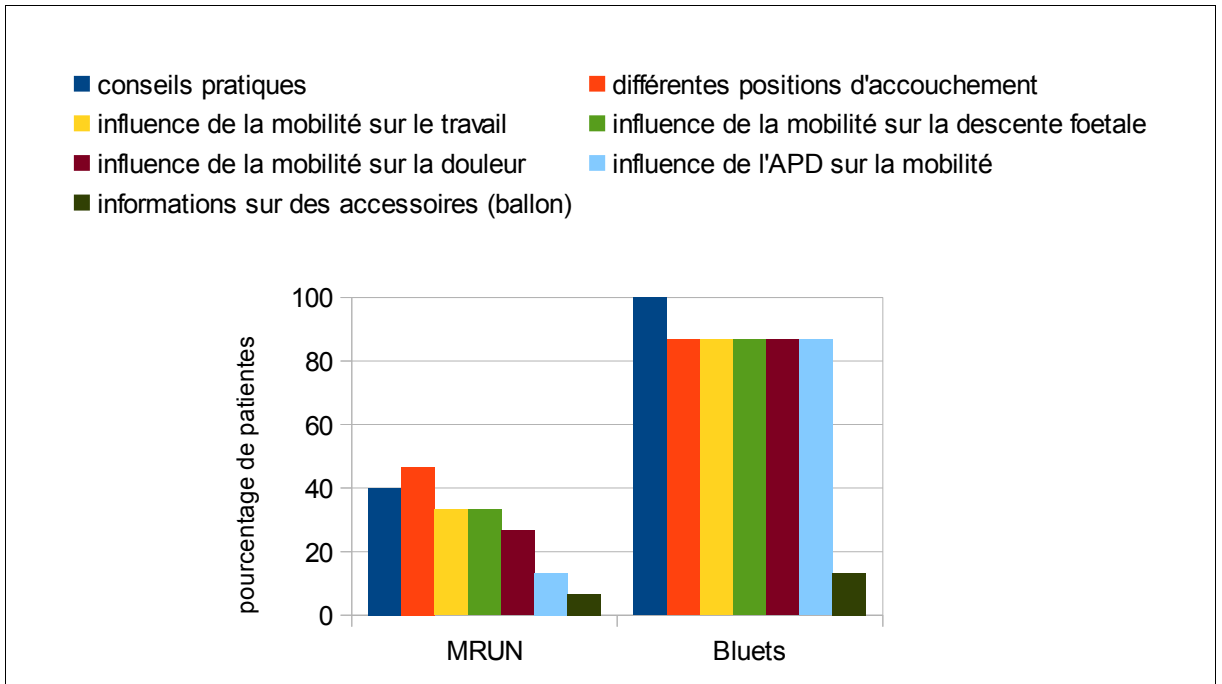
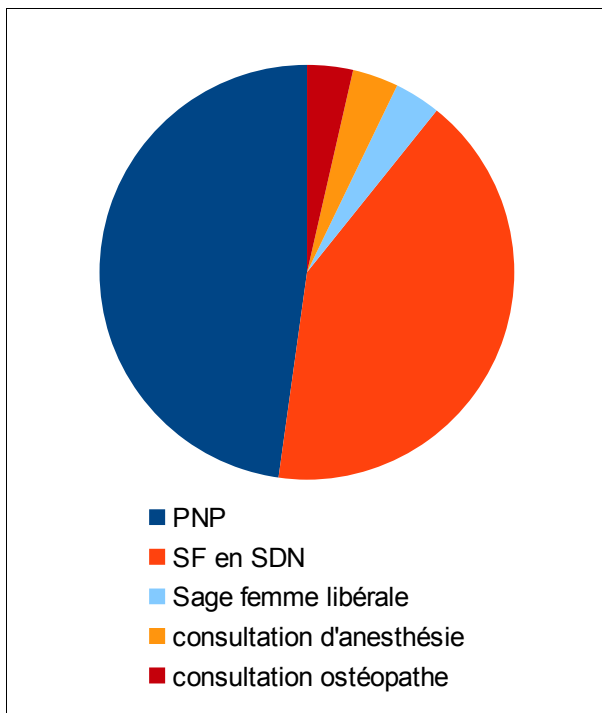


Diagramme 9 : Informations reçues par les patientes concernant la mobilité

Aux Bluets



A la MRUN

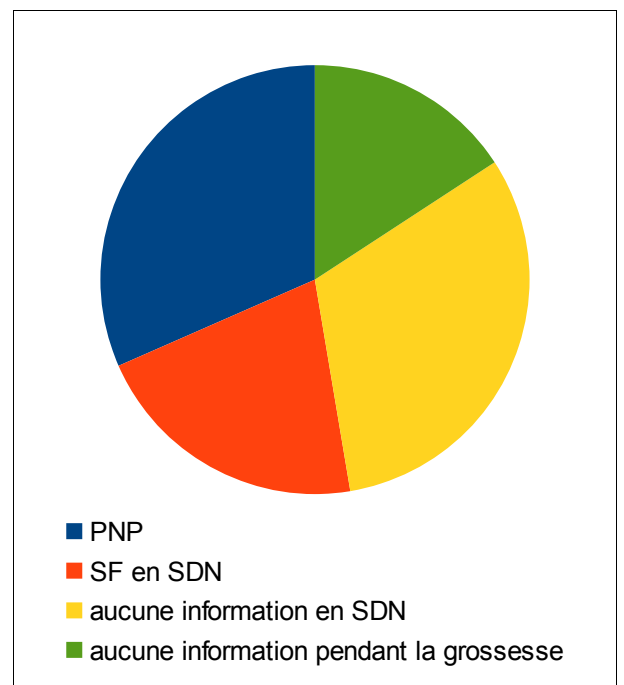
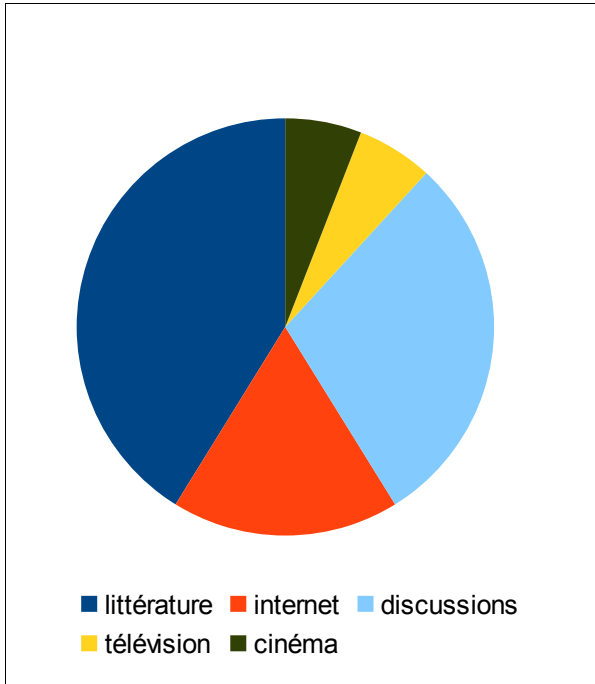


Diagramme 10 : sources professionnelles d'informations

Aux Bluets



A la MRUN

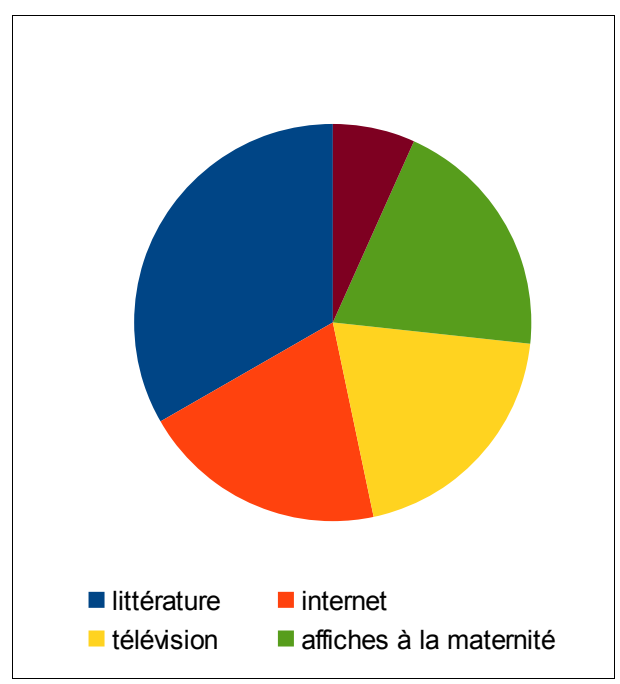


Diagramme 11 : Sources non-professionnelles d'informations

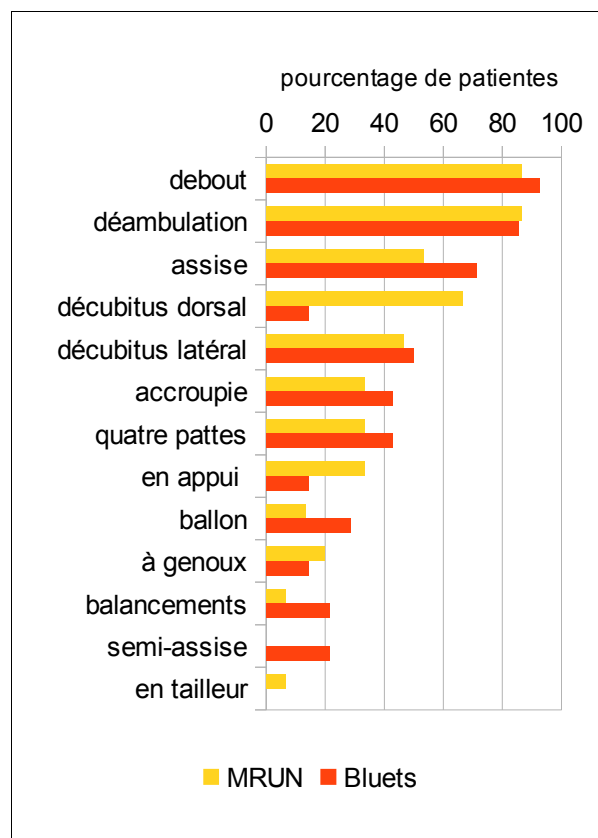


Diagramme 12: type de mobilité des patientes avant l'APD

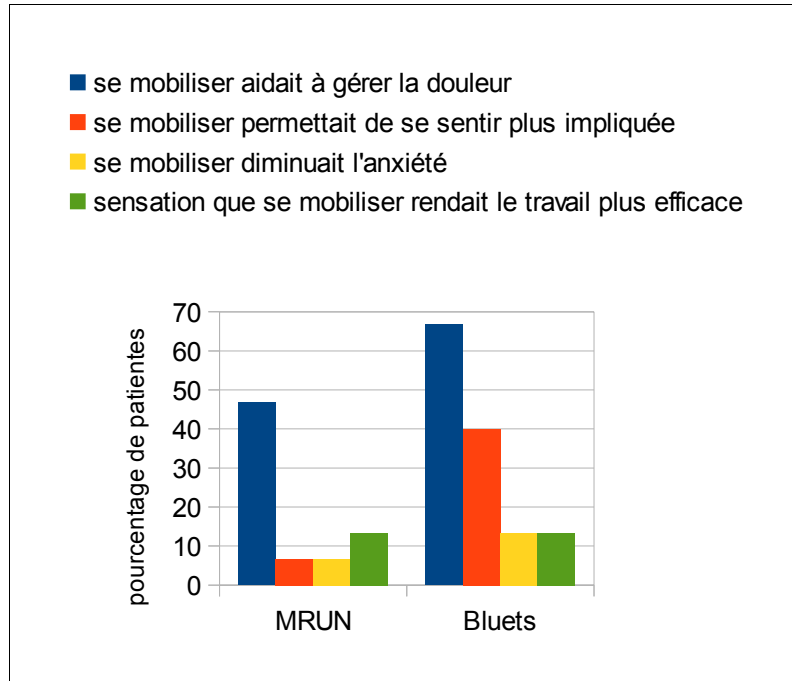


Diagramme 13 : Ressenti maternel par rapport à la mobilité

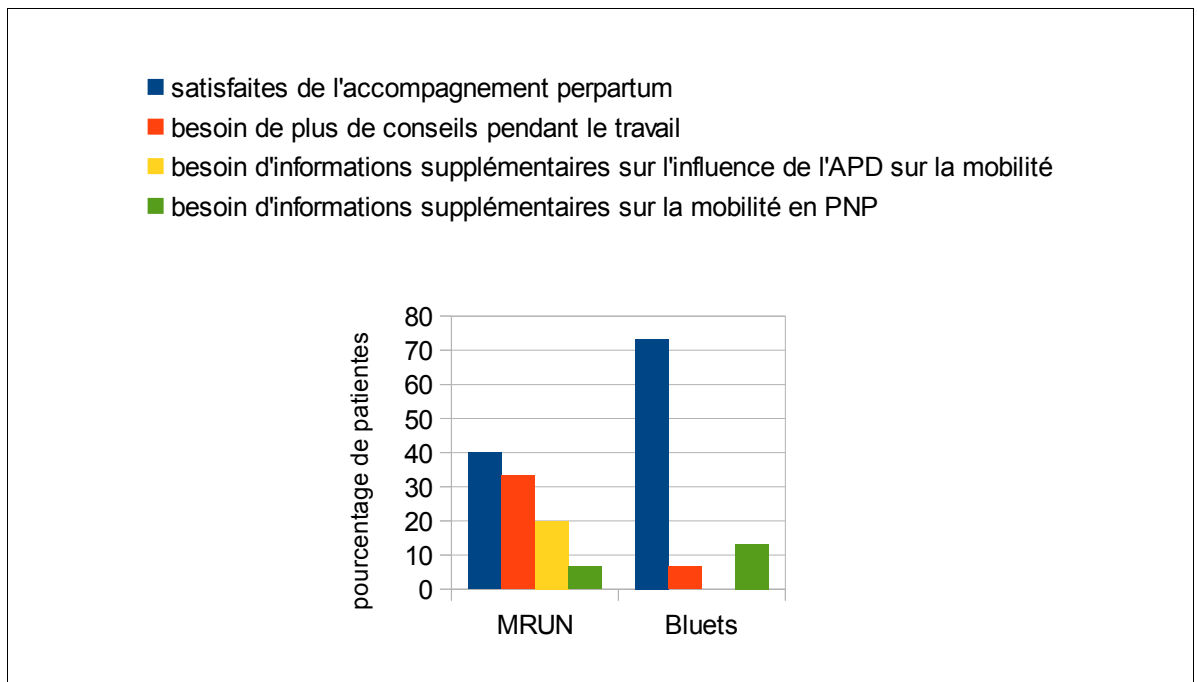


Diagramme 14 : Ressenti sur l'accompagnement de la mobilité par les professionnels

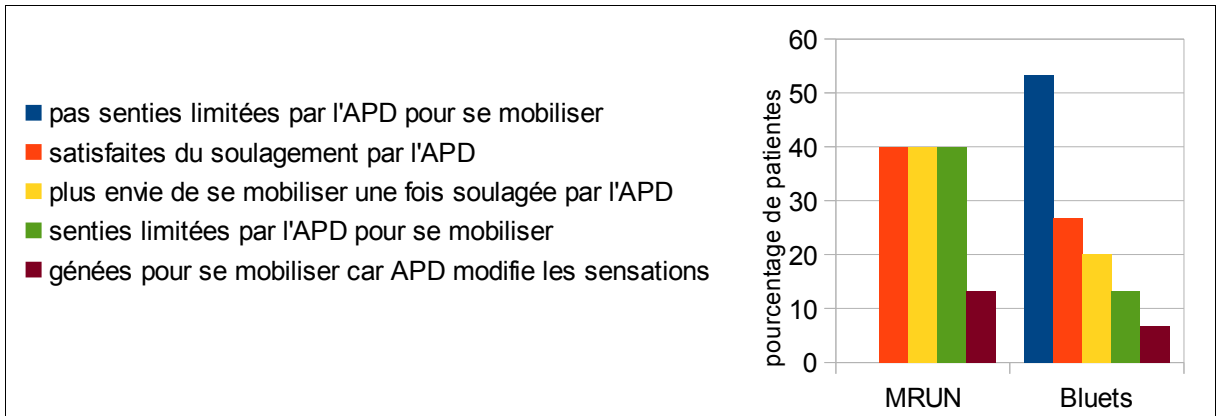


Diagramme 15 : Ressenti maternel sur APD et mobilité

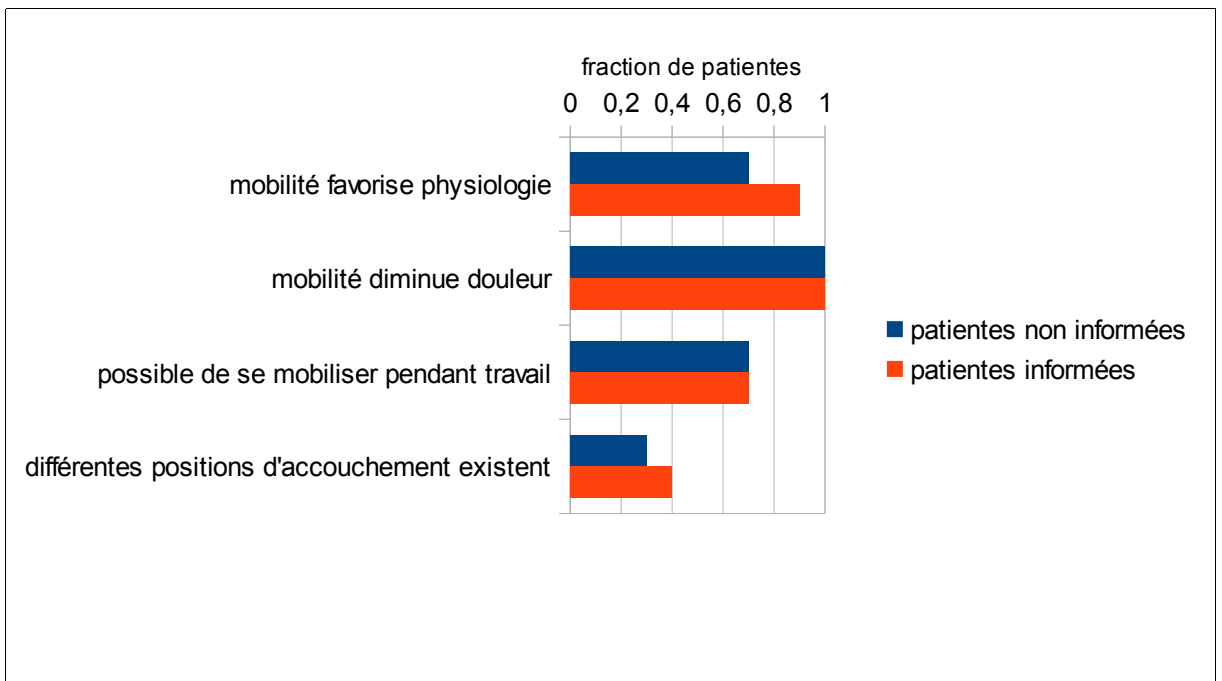


Diagramme 16 : Représentations des patientes nancéennes selon leur degré d'information

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de Aimé Élise - Année 2013-2014

Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale

Directeur de mémoire : Lemoine Hélène, Sage-femme enseignante

Expert : Guibert Julie, Anesthésiste

Introduction, objectif : La péridurale déambulatoire permet de soulager les parturientes tout en préservant l'eutocie. Pourquoi certaines maternités l'emploient et d'autres non ?

Matériel et méthode : Des entretiens ont été menés auprès de patientes et de professionnels aux Bluets (Paris) et à la maternité de Nancy.

Résultats, discussion : La péridurale déambulatoire n'est pas utilisée à Nancy. Les professionnels craignent que ce soit chronophage et les patientes ne le demandent pas. Mais sont-elles informées ? Les Bluets l'emploient. Les patientes le souhaitent et y sont préparées. Les professionnels ne perçoivent pas de contrainte supplémentaire.

Mots clés : mobilité, péridurale déambulatoire, physiologie, mécanique obstétricale

Background : Walking epidural analgesia relieve pain and preserve physiology. Why some maternities use it while others don't ?

Methods : Some practitioners and patients has been interviewed in Bluets (Paris) and Nancy's maternities.

Results:Walking epidural analgesia is not used in Nancy's maternity. Practicioners think that it should be time-consuming and patients don't ask to. But are they informed ? Bluet's maternity use it. Patients want to and are prepared to. Practitioners don't live it as a constraint.

Keewords : mobility, walking epidural analgesia, physiology, obstetrical mechanic.