



**HAL**  
open science

## Étude transversale de l'association entre le vécu de l'accouchement et l'analgésie péridurale

Céline Chérion, Claudine Martin, Laurent Gaucher

► **To cite this version:**

Céline Chérion, Claudine Martin, Laurent Gaucher. Étude transversale de l'association entre le vécu de l'accouchement et l'analgésie péridurale. La Revue Sage-Femme, 2024, 10.1016/j.sagf.2024.09.012 . hal-04764492

**HAL Id: hal-04764492**

**<https://univ-lyon1.hal.science/hal-04764492v1>**

Submitted on 16 Nov 2024

**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.

## Étude transversale de l'association entre le vécu de l'accouchement et l'analgésie péridurale

**Céline Chérion<sup>a</sup>**

Sage-femme

**Claudine Martin<sup>b</sup>**

Sage-femme enseignante

**Laurent Gaucher<sup>c</sup>**

Sage-femme enseignant-chercheur PhD

<sup>a</sup>Groupe Hospitalier Mutualiste, 8 rue Docteur-Calmette, 38000 Grenoble, France

<sup>b</sup>Département de maïeutique, Université Grenoble Alpes, IFPS, 175 avenue Centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères, France

<sup>c</sup>U1290 RESHAPE, Pôle santé publique, Hospices civils de Lyon, Haute École de santé de Genève, 3 quai des Célestins, 69002, Lyon, France

Autrice correspondante.

Adresse e-mail : cherion10@orange.fr (C. Chérion).

### Résumé

Une expérience négative de l'accouchement peut entraîner des conséquences graves pour les mères, comme l'état de stress post-traumatique et la dépression post-partum. En France, malgré l'efficacité de l'analgésie péridurale, 10 % des femmes expriment une insatisfaction concernant la considération de leur douleur par les soignants. Une enquête a été menée dans 25 maternités afin d'évaluer l'association entre le recours à l'analgésie péridurale et la satisfaction des mères vis-à-vis du comportement des soignants en salle de naissance. Bien que l'analgésie péridurale ne semble pas influencer de manière significative la satisfaction globale, la prise en compte de la douleur demeure un enjeu en son absence. L'adoption de méthodes non médicamenteuses pourrait améliorer ce vécu.

**Mots clés** - analgésie péridurale ; comportement des soignants ; vécu de l'accouchement

Cross-sectional study of the association between childbirth experience and epidural analgesia. Negative childbirth experiences can have serious consequences for mothers, such as post-traumatic stress disorder and post-partum depression. In France, despite the effectiveness of epidural analgesia, 10% of women express dissatisfaction with pain management. A survey was carried out in 25 maternity units to assess the association between the use of epidural analgesia and mothers' satisfaction with the behavior of caregivers in the delivery room. Although epidural analgesia does not appear to significantly influence overall satisfaction, pain management remains an issue in the absence of epidural analgesia. The adoption of non-medicinal methods could improve this experience.

**Keywords** - birth experience; caregiver behavior; epidural analgesia

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins au bénéfice de la santé maternelle et néonatale repose sur quatre piliers : les soins délivrés, fondés sur des données probantes ; l'expérience des soins, basée sur une communication adaptée, le respect, la dignité et le soutien psychologique ; des professionnels de santé compétents et motivés ; des ressources matérielles essentielles disponibles [1,2].

## Problématique

De plus en plus de témoignages émanent de femmes qui ne sont pas satisfaites de leur expérience des soins, notamment en salle de naissance. En effet, la qualité des soins en salle de naissance et les possibles maltraitements des soignants font l'objet, depuis 2014, de nombreux récits sur les réseaux sociaux et dans les médias [3,4].

**Le Collectif interassociatif autour de la naissance** a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes ainsi que les droits des femmes et des couples, et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement [5]. Le 28 juillet 2017, Marlène Schiappa, alors secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, a commandé un rapport au Haut Conseil à l'égalité sur la question des violences obstétricales pour « *objectiver le phénomène* » et « *identifier des leviers pour améliorer la situation* » [6].

**Une expérience négative de la naissance** a été associée au risque de développement d'un état de stress post-traumatique [7] et de dépression du post-partum [8], ce qu'il convient de prendre en compte d'autant que le suicide fait partie des deux premières causes de mortalité maternelle [9]. Ces expériences négatives peuvent avoir pour origine une situation d'urgence vitale mais s'avèrent le plus souvent la conséquence de pratiques obstétricales du quotidien, techniquement irréprochables mais humainement défailtantes [10]. Le mauvais vécu de l'accouchement a donc un réel impact sur les femmes et nécessite de s'y intéresser. Il apparaît important de chercher à objectiver cette problématique.

**La France fait partie des pays où les soins** sont très "technicisés", où la morbi-mortalité maternelle et périnatale a diminué de façon spectaculaire et où des actions visant à améliorer la sécurité de la naissance ont été mises en place [10]. En effet, sur les 700 000 femmes qui y accouchent chaque année, une très grande majorité (environ 82 %) bénéficie d'une analgésie péridurale [11], ce qui en fait l'un des pays où cette pratique est la plus fréquente par rapport à d'autres, comme le Royaume-Uni (60 %) et le Canada (40 %) [12,13].

**En reprenant les rapports des enquêtes nationales périnatales (ENP)** de 2010, 2016 et 2021, nous constatons que le taux de péridurale augmente en permanence (plus de 82 % en 2021) [11,14,15]. Cela représente le meilleur moyen de soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement [16], mais pour autant, ce n'est peut-être pas parce que la douleur des femmes est soulagée qu'elles sont nécessairement satisfaites de leur accouchement et de leur prise en charge [17]. Dans une étude de cohorte française réalisée en 2018 par Laurent Gaucher *et al.*, 10 % des femmes se déclaraient insatisfaites du comportement des soignants en salle de naissance, principalement à cause du manque de prise en compte de leur douleur, sans que soit indiqué si elles avaient ou non reçu une analgésie péridurale [18], un point qu'il semble important de préciser.

**Nous sommes partis de l'hypothèse** que les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale seraient moins satisfaites du comportement des soignants par rapport à celle qui n'en ont pas bénéficié ; cela pourrait s'expliquer par une moindre attention des professionnels à leur égard ou un plus faible soutien ou temps passé auprès d'elles du fait du soulagement de la douleur des contractions utérines par l'analgésie péridurale. Ainsi, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'association entre l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes en salle de naissance envers le comportement des soignants. L'objectif secondaire était de décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés de ces derniers par dimension (attitude appropriée, respect de l'intimité, langage approprié, délicatesse des soins, information claire et appropriée, prise en compte de la douleur, participation dans la prise de décisions médicales)<sup>1,2</sup>.



## Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude transversale de type exposés/non exposés avec appariement sur score de propension, multicentrique (régionale, réseau Aurore), post-hoc de l'étude intitulée "Women's Dissatisfaction with Inappropriate Behavior by Health Care Workers During Childbirth Care in France : A Survey Study" [18].

**La base de données préexistante** comportait 803 femmes. Elle a été constituée grâce à un questionnaire sur la satisfaction des femmes par rapport au comportement des soignants en salle de naissance distribué par des sages-femmes en suites de naissances dans les trois jours suivant l'accouchement dans 25 maternités du réseau Aurore pendant une semaine, en septembre 2018. Les maternités qui avaient participé à la constitution de cette base de données étaient aussi bien de type I, de type II (présence d'un service de néonatalogie) que de type III (présence d'un service de réanimation néonatale) [19]. Le réseau rassemblait des maternités publiques et privées [18]. Il s'agit donc d'une étude en population.

**Les critères d'exclusion** de la base de données initiale concernaient les femmes mineures, celles qui ne parlent pas français, les naissances à domicile, les morts fœtales ou néonatales et les personnes s'opposant à l'utilisation de leurs données dans le cadre de la recherche. Dans notre étude, nous avons également exclu les femmes perdues de vue, celles pour lesquelles des données concernant l'utilisation ou non d'une analgésie péridurale étaient manquantes, et celles ayant eu une césarienne.

**Pour construire notre échantillon d'analyse** (figure 1, tableaux 1–4) et compenser d'éventuels biais de confusion, deux groupes de femmes ont été constitués – un groupe "exposés" (avec péridurale) et un groupe "non exposés" (sans péridurale) – via un score de propension et un appariement de type 1:3. L'appariement a été réalisé sur quatre paramètres qui sont connus comme pouvant faire varier la satisfaction des femmes : la parité (primipare ou multipare) [20], le mode d'accouchement (voie basse spontanée ou naissance instrumentale) [21], l'âge (inférieur ou supérieur et égal à 30 ans) [22] et l'épisiotomie (réalisée ou non) [23]. L'échantillon d'analyse était constitué de 164 femmes, dont 124 ayant bénéficié d'une péridurale et 40 n'en ayant pas bénéficié.

**Le critère de jugement principal** était la satisfaction définie comme le fait que les répondantes soient satisfaites vis-à-vis de l'ensemble des sept dimensions concernant le comportement des soignants : attitude appropriée, respect de l'intimité, langage approprié, délicatesse des soins, information claire et appropriée, prise en compte de la douleur et participation de la femme dans la prise de décisions médicales. Ces dimensions étaient mesurées lors du remplissage, par les femmes, du questionnaire qui leur avait été distribué dans les trois jours suivant leur accouchement, au sein du réseau Aurore, et durant une semaine, en septembre 2018. Elles pouvaient répondre en se basant sur l'échelle de Likert qui permet de mesurer la satisfaction [24], à savoir "tout à fait", "suffisamment", "insuffisamment" ou "pas du tout" satisfaites. Dans un objectif de simplification, nous avons reconstruit ces qualificatifs en deux catégories : "satisfaites" (pour les femmes tout à fait et suffisamment satisfaites) ou "insatisfaites" (pour celles insuffisamment ou pas du tout satisfaites).

**Les critères de jugement secondaires** étaient les sept dimensions prises indépendamment les unes des autres.

**Les données correspondant à l'échantillon d'analyse**, transmises via un tableur Excel, ont été entièrement anonymisées (il n'existe pas de table de correspondance qui permettrait d'identifier les femmes). Elles ont été analysées à l'aide du site internet BiostaTGV qui utilise le logiciel de statistique "R", en réalisant un test t de Student, un test du Chi<sup>2</sup> ou test exact de Fisher. Les risques statistiques retenus étaient un risque de première espèce  $\alpha$  fixé à 5 % et un risque de deuxième espèce  $\beta$  fixé à 80 %, une valeur de  $p < 0,05$  étant considérée comme statistiquement significative.

### Éthique

Cette étude n'implique pas la personne humaine au sens de la loi Jardé. Les autorisations de création de la base de données initiale étaient celles de la Commission nationale de l'informatique et des libertés : Hôpitaux civils de Lyon 18-165 (datant de 2018) et CPP 1084 RNI (datant du 29 août 2018). Concernant les modalités d'information et de traçabilité de la non-opposition/opposition, les femmes avaient déjà accepté, après avoir reçu une information individuelle complète et loyale en des termes compréhensibles, que leurs données recueillies pour l'étude, ayant permis de constituer la base de données, puissent être utilisées pour d'autres recherches.

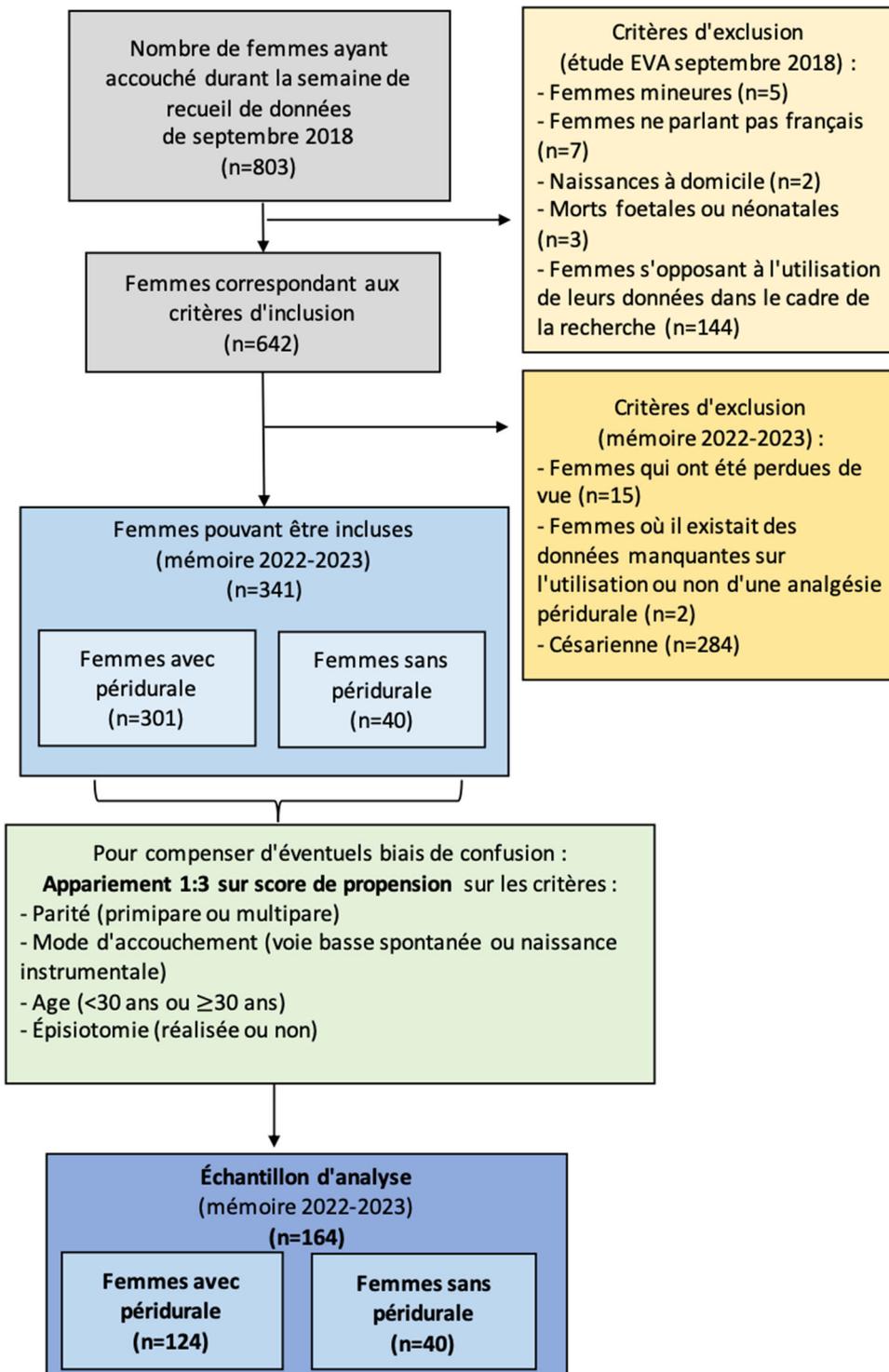
### Résultats

Hormis des différences concernant la survenue d'une hémorragie du post-partum (HPP) et la réalisation de l'entretien prénatal précoce, les deux groupes étaient homogènes au regard de toutes les caractéristiques.

**Avoir bénéficié ou non d'une analgésie péridurale** n'était pas significativement associé à la satisfaction des femmes sur l'ensemble des sept dimensions : 93 % étaient satisfaites quand elles en avaient eu une ; 88 % quand elles n'en avaient pas eu ( $p = 0,33$ ).

**Pour chacun des comportements inappropriés par dimension**, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les femmes avec analgésie péridurale et celles sans analgésie péridurale, sauf pour la douleur qui était décrite comme moins bien prise en compte par les soignants dans le groupe sans analgésie péridurale par rapport au groupe avec analgésie péridurale : 12,5 % contre 2,4 % ( $p = 0,02$ ).

Figure 1. Diagramme d'inclusion.



**Tableau 1. Description de l'échantillon d'analyse.**

	Avec analgésie péridurale (n = 124)	Sans analgésie péridurale (n = 40)	p-value <sup>a</sup>
<b>Données démographiques</b>			
Âge (en années), moyenne (écart-type)	31,60 (4,29)	31 (4,10)	0,43
Indice de masse corporelle (kg/m <sup>2</sup> ), n (%) :			
< 18,5	6 (4,8)	0 (0)	0,33
18,5-24,9	77 (62)	24 (60)	0,81
25,0-29,9	31 (25)	11 (27,5)	0,75
30,0-34,9	4 (3,2)	2 (5)	0,63
≥ 35	2 (1,6)	2 (5)	0,25
Femmes nées en France, n (%)	108 (87)	35 (88)	0,95
Au moins deux ans d'études post-secondaires, n (%)	79 (64)	25 (63)	0,90
Antécédent d'hospitalisation pour dépression, n (%)	2 (2)	0 (0)	1
<b>Grossesse actuelle</b>			
Primipare, n (%)	93 (75)	28 (70)	0,53
EPP, n (%)	39 (31)	7 (18)	0,08
PNP, n (%)	55 (44)	17 (43)	0,81
Hospitalisation pendant la grossesse, n (%)	8 (6)	5 (13)	0,31
Transfert in utero, n (%)	0 (0)	0 (0)	1
Naissance ≤ 37 SA, n (%)	5 (4)	3 (7,5)	0,40
<b>Raison d'admission</b>			
Travail spontané, n (%)	124 (100)	40 (100)	1
<b>Accouchement</b>			
Voie basse spontanée (non instrumentale), n (%)	124 (100)	40 (100)	1
HPP, n (%) <sup>b</sup>	1 (0,8)	5 (12,5)	<b>0,003</b>
Autres complications maternelles lors de l'accouchement, n (%) <sup>c</sup>	3 (2,4)	2 (5)	0,60
<b>Traumatisme périnéal</b>			
Périnée intact, n (%)	53 (43)	16 (40)	0,76
Déchirure 1 <sup>er</sup> degré, n (%)	49 (40)	17 (43)	0,74
Déchirure 2 <sup>e</sup> degré, n (%)	21 (17)	7 (18)	0,93
Déchirure 3 <sup>e</sup> degré, n (%)	1 (0,8)	0 (0)	1
Déchirure 4 <sup>e</sup> degré, n (%)	0 (0)	0 (0)	1
Épisiotomie, n (%)	5 (4)	3 (7,5)	0,40
<b>Nouveau-né</b>			
Poids de naissance, n (%) :			
< 1 500 grammes (g)	0 (0)	2 (5)	0,06
1 500-1 999 g	1 (0,8)	0 (0)	1
2 000-2 499 g	2 (2)	3 (7,5)	0,09
2 500-2 999 g	26 (21)	4 (10)	0,16
3 000-3 499 g	57 (46)	20 (50)	0,66
3 500-3 999 g	33 (26,6)	10 (25)	0,84
≥ 4 000 g	5 (4)	1 (2,5)	1
Réanimation néonatale, n (%)	4 (3)	1 (2,5)	1
Hospitalisation, n (%)	4 (3)	3 (7,5)	0,36

Allaitement maternel, <i>n</i> (%)	89 (72)	32 (80)	0,30
APGAR ≤ 6 à 5min, <i>n</i> (%)	1 (0,8)	1 (2,5)	0,43
pH artériel au cordon, <i>n</i> (%) :			
< 7,00	0 (0)	0 (0)	1
7,00-7,15	4 (3,2)	3 (7,5)	0,36
> 7,15	108 (87)	34 (85)	0,74

EPP : entretien prénatal précoce ; PNP = préparation à la naissance et à la parentalité

<sup>a</sup> Tests utilisés : test t de Student pour les variables quantitatives car ces dernières suivent une loi normale ; test du Chi<sup>2</sup> pour les variables qualitatives qui ne sont pas en italique ; test exact de Fisher pour les variables qualitatives *en italique*, à la place de réaliser un test du Chi<sup>2</sup>, ce qui a permis d'obtenir une p-value plus valable étant donné que les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle H0 de ces dimensions étaient inférieurs à 5.

<sup>b</sup> Une femme avec analgésie péridurale : HP de 1 000 mL. Cinq femmes sans analgésie péridurale : HPP de 500 mL, 600 mL pour deux femmes, 800 mL et 1 500 mL.

<sup>c</sup> Il n'y a pas eu de décès maternel, les autres complications incluses sont : hyperthermie, rétention urinaire, pose de sonde urinaire à demeure pour diurèse importante pendant le travail, suspicion de chorioamniotite.

**Tableau 2. Caractéristiques des établissements de santé.**

	Avec analgésie péridurale ( <i>n</i> = 124)	Sans analgésie péridurale ( <i>n</i> = 40)	p-value <sup>a</sup>
<b>Statut de la maternité, <i>n</i> (%)</b>			
Public universitaire	30 (24)	14 (35)	0,18
Public non universitaire	54 (44)	18 (45)	0,87
Privé	40 (32)	8 (20)	0,14
<b>Type d'autorisation de la maternité, <i>n</i> (%)</b>			
Type I	34 (27)	11 (28)	0,99
Type II	66 (53)	19 (48)	0,53
Type III	24 (19)	10 (25)	0,44
<b>Nombre de naissance annuel, <i>n</i> (%) :</b>			
< 1 000	17 (14)	7 (18)	0,56
1 000-1 999	54 (44)	17 (43)	0,91
2 000-2 999	24 (19)	6 (15)	0,54
> 3 000	29 (23)	10 (25)	0,83

<sup>a</sup>Réalisation d'un test du Chi<sup>2</sup>.

**Tableau 3. Proportions d'insatisfaction des femmes envers le comportement des soignants pour chacune des sept dimensions lors du travail et de l'accouchement.**

	Avec analgésie péridurale ( <i>n</i> = 124)	Sans analgésie péridurale ( <i>n</i> = 40)	p-value <sup>a</sup>
Attitude inappropriée, <i>n</i> (%)	2 (1,6)	1 (2,5)	0,57
Non-respect de l'intimité, <i>n</i> (%)	0 (0)	1 (2,5)	0,24
Langage inapproprié, <i>n</i> (%)	4 (3,2)	1 (2,5)	1
Manque de délicatesse des soins, <i>n</i> (%)	3 (2,4)	2 (5)	0,60
Manque d'information claire et appropriée, <i>n</i> (%)	4 (3,2)	1 (2,5)	1
Manque de prise en compte de la douleur, <i>n</i> (%)	3 (2,4)	5 (12,5)	<b>0,02</b>
Manque de participation de la femme dans la prise de décisions médicales, <i>n</i> (%)	4 (3,2)	3 (7,5)	0,36
Satisfaction sur l'ensemble des sept dimensions, <i>n</i> (%)	115 (92,7)	35 (87,5)	0,33

<sup>a</sup>Réalisation d'un test exact de Fisher.

**Tableau 4. Prise en charge médicamenteuse de la douleur des femmes.**

	Avec analgésie péridurale (n = 124)	Sans analgésie péridurale <sup>a</sup> (n = 40)	p-value <sup>b</sup>
Précisions péridurale, n (%) :			
Déambulatoire	2 (2)	0 (0)	1
Débit continu	26 (21)	0 (0)	0,0007
Analgésie contrôlée par voie péridurale	96 (77)	0 (0)	<0,0001
Rachianesthésie, n (%)	14 (11) <sup>c</sup>	11 (28) <sup>d</sup>	0,02
Protoxyde d'azote, n (%)	0 (0)	14 (35)	<0,0001
Morphiniques, n (%)	7 (6)	2 (5)	1
Nalbuphine, n (%)	2 (2)	1 (3)	0,60
Anesthésie locale, n (%)	2 (2)	16 (40)	<0,0001
Anesthésie générale, n (%)	0 (0)	1 (3) <sup>e</sup>	0,24
Présence d'une analgésie (tous types confondus), n (%)	124 (100)	40 (100)	1

<sup>a</sup>Une femme avait demandé à ne pas bénéficier d'analgésie péridurale. Pour les 39 autres, les raisons expliquant qu'elles n'en aient pas eue sont inconnues.

<sup>b</sup>Réalisation d'un test exact de Fisher.

<sup>c</sup>Une femme a eu une délivrance artificielle (DA) et une révision utérine (RU). Pour les treize autres, les-raisons de rachianesthésie alors qu'elles avaient une péridurale ne sont pas connues.

<sup>d</sup>Trois femmes ont eu une DA/RU (dont une pour HPP) ; cinq une RU (dont trois pour HPP, les raisons étant inconnues pour les deux autres).

Pour trois femmes, les raisons de la rachianesthésie ne sont pas renseignées dans la base de données initiale.

<sup>e</sup>Anesthésie générale en raison d'une HPP.

## Discussion

### Forces et faiblesses

**Les points forts de cette étude** reposent sur le fait qu'il s'agit d'une étude en population.

Vingt-cinq maternités du réseau Aurore ont participé à la création de la base de données initiale [18], ce qui représente 803 naissances durant la semaine d'étude, en septembre 2018. Notre étude s'appuie donc sur une base de données représentant un peu plus de 5 % des naissances de toute la France métropolitaine. Ces 25 maternités sont représentatives de la diversité des établissements français (publics, privés, etc.) retrouvée dans l'ENP de 2021 [11]. Cette base de données initiale a déjà donné lieu à publication [18].

Un autre point fort est que notre échantillon d'analyse est similaire à celui de l'ENP de 2021 en ce qui concerne les caractéristiques générales comme la moyenne d'âge et le taux de péridurale [11]. Il est important de noter aussi que le taux de participation à l'étude de cohorte réalisée en 2018 par Laurent Gaucher *et al.*, qui a permis de constituer la base de données initiale, était d'environ 80 %, ce qui permet de limiter le biais de sélection.

En outre, l'appariement mis en place dans notre étude contribue à limiter les biais de confusion.

Enfin, pour réaliser les analyses statistiques, nous avons vérifié que les deux groupes de femmes, avec ou sans analgésie péridurale, étaient bien homogènes, ce qui est le cas (hormis l'HPP).

**Concernant les points faibles** de notre étude, un biais supposé équilibré de désirabilité sociale est présent. Nous pouvons en effet émettre l'hypothèse que les femmes ont pu surestimer leur satisfaction en sachant que les questionnaires étaient distribués par les sages-femmes de la maternité les prenant en charge.

Nous n'avons pas pu étudier les femmes dont l'accouchement a été déclenché dans notre étude car elles avaient toutes bénéficié d'une analgésie péridurale, il n'était donc pas possible de les appairer à des femmes sans péridurale, ce qui vient limiter la validité externe de nos résultats.

Une autre limite est la présence d'un plus grand nombre d'HPP dans le groupe sans péridurale par rapport au groupe avec péridurale, avec une différence qui est statistiquement significative. Cette situation peut impacter la satisfaction des femmes envers le comportement des soignants indépendamment du fait qu'elles aient eu ou non une péridurale. En effet, il a été montré que, dans des situations d'urgences et indépendamment de la conformité technique des soins, l'accompagnement humain peut être défaillant [10]. Il aurait pu être intéressant de considérer la survenue ou non d'une HPP dans nos analyses (appariement sur la variable, ajustement, etc.), mais les petits effectifs limitaient cette possibilité.

**Nous ne disposons pas d'éléments précis** nous permettant d'interpréter le fait que la douleur soit décrite comme moins bien prise en compte de manière significative par les soignants dans le groupe des femmes sans analgésie péridurale. On peut se demander si la raison pour laquelle ces dernières n'avaient pas eu de péridurale était liée à un manque de temps, si elles étaient accompagnées en salle de naissance, quelle était la durée de leur travail, de quel type de douleur il s'agissait et si elle était survenue pendant le travail, lors de la poussée ou dans les deux heures après la naissance, et si des méthodes non médicamenteuses avaient pu être utilisées.

Enfin, nous ne disposons pas, dans la base de données initiale, d'une information sur le souhait des femmes avant leur accouchement d'avoir ou non une péridurale.

### Interprétation et perspectives

Nous avons montré qu'une large majorité de répondantes sont satisfaites du comportement des soignants, qu'elles aient ou non reçu une analgésie péridurale. Cependant, la douleur est décrite comme moins bien prise en charge dans le groupe des femmes sans analgésie péridurale par rapport au groupe en ayant bénéficié.

**Le recours à des méthodes non médicamenteuses** telles que le ballon, la marche, le choix de la position, le bain et la douche pendant le travail, les massages, l'hypnose ou la sophrologie, l'acupuncture ou l'acupression, etc., utilisées seules ou en association avec une analgésie péridurale, progresse (de 35,5 % en 2016 à 49,2 % en 2021) [11,15]. Améliorer davantage la prise en compte de la douleur des femmes, que ce soit avec ou sans analgésie péridurale, semble important [10]. Le développement et l'utilisation de méthodes non médicamenteuses, telles que l'hypnose, l'acupuncture, le ballon, la marche, etc., semblent être des axes d'amélioration des deux premiers

piliers décrits par l'OMS et Özge Tunçalp à propos de la qualité des soins [1], à savoir "les soins que l'on délivre" et une meilleure "expérience des soins", donc une meilleure gestion et prise en compte de la douleur des femmes en salle de naissance. L'enquête Epidol de 2020 va également dans ce sens : « *La technicité de la prise en charge de la douleur ne fera pas tout et nous devons accompagner les futures mamans au moment des naissances et combiner la technique de péridurale avec des médecines douces pour améliorer leur satisfaction.* » [25] Il serait intéressant de réaliser une étude similaire à la nôtre dans les maisons de naissance (la maison de naissance de Bourgoin-Jallieu n'a pas été incluse parmi les 25 maternités du réseau Aurore présentes dans la base de données initiale) pour évaluer, dans ce type de structure, la satisfaction des femmes envers la prise en compte de leur douleur par les soignants. En effet, l'accompagnement y est davantage personnalisé, avec la présence constante d'une sage-femme, et les parturientes accouchent en ayant fait le choix de ne pas avoir recours à l'analgésie péridurale [26].

**Les résultats de notre étude vont également dans le sens de l'ENP** réalisée en 2021, montrant que les paroles, les gestes et les attitudes des soignants sont ressentis comme totalement appropriés par les femmes dans, respectivement, 70, 83 et 75 % des cas [11].

**Pour continuer d'améliorer la prise en compte de la douleur**, il faudrait également s'engager sur le troisième et le quatrième pilier de la qualité des soins, à savoir la présence de "professionnels de santé compétents et motivés" et que "les ressources matérielles essentielles soient disponibles" [1]. En effet, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2021 montre que la formation continue est insuffisamment accessible aux sage-femmes [27]. De plus, le contexte actuel semble favorable à un regroupement de maternités [28]. Le nombre de sages-femmes françaises souffrant de burn-out est important (42,3 % des cliniciennes salariées en 2020) [29]. Il apparaît donc difficile, pour les professionnels de santé, d'accompagner les femmes aussi bien qu'ils le souhaiteraient. Une des solutions résiderait peut-être dans le fait de se rapprocher du concept "une femme = une sage-femme", c'est-à-dire qu'une sage-femme soit disponible pour chaque femme en travail [30]. Mais dans la majorité des établissements, cela semble difficile en raison notamment des effectifs présents en salle de naissance [10], d'autant plus que l'exercice salarié ne concerne que 60 % de l'effectif et qu'il décroît ces dernières années au profit de l'exercice libéral et/ou mixte [27].

## Conclusion

Dans notre étude, avoir bénéficié ou non d'une analgésie péridurale n'est, de manière globale, pas associé à la satisfaction des femmes. Il est néanmoins important de souligner que celles qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale rapportaient plus fréquemment que les autres une moins bonne prise en compte de leur douleur par les soignants. Un axe d'amélioration pourrait être d'utiliser davantage de méthodes non médicamenteuses pour une gestion plus personnalisée de la douleur. Favoriser la formation continue des professionnels de santé, leur qualité de vie au travail, et se rapprocher du concept « une femme = une sage-femme » pourraient aussi permettre d'améliorer sa prise en compte.

## Notes

<sup>1</sup> Cet article est issu du mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme soutenu publiquement par Céline Chérion à la faculté de médecine de Grenoble le 23 mai 2023. Laurent Gaucher était son directeur de mémoire ; Claudine Martin, sa codirectrice de mémoire.

<sup>2</sup> L'autrice a reçu le Prix spécial du jury du Grand Prix Évian des sages-femmes 2023.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG* 2015;122(8):1045-9.
2. Gaucher L. Qualité des soins en salle de naissance et perspectives des mères. [Thèse de doctorat? Sciences et santé]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon I; 2020.
3. Bourrelier C. Violences obstétricales : Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale. [Mémoire, Sages-femmes]. Tours: Université de Tours. UFR de Médecine ; 2018.
4. Leclerc D. Comment est-ce qu'on va recoudre ça ? Halte aux violences à l'accouchement ! Paris: Flammarion; 2022.
5. Collectif interassociatif autour de la naissance. Qu'est-ce que le Ciane. <https://ciane.net/ciane/ciane/>.
6. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. 26 juin 2018. [www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_2018\\_0629.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_2018_0629.pdf).
7. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* 2017;8:560.
8. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* 2016;39:112-23.
9. Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. 25 janvier 2021 . [www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles](http://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles).
10. Académie nationale de médecine. De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. *Bull Acad Natle Méd* 2018;7:1323-40.
11. Santé publique France. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021. 6 octobre 2022. [www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021](http://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021).
12. Institut national de la santé et de la recherche médicale. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans. 24 août 2015. [www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequence-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/](http://www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequence-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/).
13. World Population Review. Epidural Rates by Country 2024. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/epidural-rates-by-country>.
14. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf).
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Les Enquêtes nationales périnatales (ENP). 19 septembre 2023. [www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf).
16. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane* 2018;21;5(5):CD000331.
17. Collectif interassociatif autour de la naissance. Douleur et accouchement. Avril 2013. <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>.
18. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, et al. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study. *Birth* 2021;48(3):328-37.
19. Aurore. Maternités. 2017. [www.aurore-perinat.org/maternites/](http://www.aurore-perinat.org/maternites/).
20. Kazouan T. L'impact des comportements inappropriés durant la grossesse sur le vécu de l'accouchement. [Mémoire, Sages-femmes]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1, UFR de Médecine; 2019.
21. Réseau Sécurité Naissance. Enquête sur le vécu de l'accouchement. Mars 2022. [www.reseau-naissance.fr/medias/2022/03/Enquete\\_VecuAccouchement\\_VF.pdf](http://www.reseau-naissance.fr/medias/2022/03/Enquete_VecuAccouchement_VF.pdf).

<https://doi.org/10.1016/j.sagf.2024.09.012>

22. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):114.
23. Clesse C. Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie : étude longitudinale chez des femmes primipares. [Thèse, Psychologie]. Nancy: Université de Lorraine; 2018.
24. Qualtrics. Tout savoir sur l'échelle de Likert. [www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/echelle-likert/](http://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/echelle-likert/).
25. Fondation APICIL. Enquête EPIDOL: prise en charge des douleurs obstétricales. 23 octobre 2020. [https://fondation-apicil.org/wp-content/uploads/2020/10/23-10-2020-DP\\_ENQUETE\\_EPIDOL.pdf](https://fondation-apicil.org/wp-content/uploads/2020/10/23-10-2020-DP_ENQUETE_EPIDOL.pdf).
26. Haute Autorité de santé. Maisons de naissance. Septembre 2014. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier\\_charges\\_maisons\\_naissance\\_230914.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf).
27. Inspection générale des affaires sociales. L'évolution de la profession de sage-femme. 10 septembre 2021. <https://igas.gouv.fr/L-evolution-de-la-profession-de-sage-femme>.
28. APM news. Des sociétés savantes et plusieurs organisations favorables à un regroupement de maternités. 2023. [www.apmnews.com/login.php?ret\\_link=%2Fstory.php%3Fobjet%3D393696%26idmail%3D.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowLig3wLaKPZtgbNHTX96Cxhl\\_nnfgmNn78X5ZINvmTvVvneMPowTIPNmV9EZ5zzstV2GP3ZgJE2WBy2&type=notLogged](http://www.apmnews.com/login.php?ret_link=%2Fstory.php%3Fobjet%3D393696%26idmail%3D.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowLig3wLaKPZtgbNHTX96Cxhl_nnfgmNn78X5ZINvmTvVvneMPowTIPNmV9EZ5zzstV2GP3ZgJE2WBy2&type=notLogged).
29. Collège national des sages-femmes. Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France. Volet 1 - Enquête quantitative. Juin 2020. [https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06\\_Enqu%C3%AAtre-Bien-%C3%AAtre.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAtre-Bien-%C3%AAtre.pdf).
30. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane* 2017;20;4(4):CD011516.