

Année : 2023

**ÉTUDE TRANSVERSALE DE L'ASSOCIATION ENTRE  
LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT ET L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE**

**MÉMOIRE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Céline CHERION  
Née le 10/01/1999 à La Tronche

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE  
Le 23/05/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Mme Mélanie VABRE

Membres :

Mme le Dr Anne-Laure COSTON (vice-présidente)

M. Laurent GAUCHER (directeur de mémoire)

Mme Claudine MARTIN (co-directrice de mémoire)

Mme Delphine MACK-LAURENT (sage-femme invitée)

*L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

# ÉTUDE TRANSVERSALE DE L'ASSOCIATION ENTRE LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT ET L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

## Résumé

**Objectifs :** Évaluer l'association entre l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes en salle de naissance envers le comportement des soignants.

**Méthodes :** Étude transversale de type exposés/non exposés ancillaire à l'Étude du Vécu autour de l'Accouchement (Étude EVA) menée sur 25 maternités du réseau AURORE pendant une semaine en septembre 2018. Les groupes de femmes avec ou sans péridurale ont été constitués par un appariement sur score de propension. Le critère de jugement principal est la satisfaction de ces femmes à 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, participation dans la prise de décisions médicales. L'objectif secondaire était de décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés par dimension. Les critères de jugement secondaires étaient donc les sept dimensions prises indépendamment les unes des autres.

**Résultats :** Les femmes satisfaites à l'ensemble des sept dimensions étaient 93% dans le groupe avec péridurale et 88% dans le groupe sans péridurale et cette différence n'était pas statistiquement significative. Cependant, concernant la dimension de la « prise en compte de la douleur » de la part des soignants il a été montré une association statistiquement significative ( $p=0,02$ ).

**Conclusion :** Notre étude ne montre pas d'association statistiquement significative entre l'analgésie péridurale et une meilleure satisfaction des femmes envers le comportement des soignants.

**Mots Clefs :** Vécu de l'accouchement – Analgésie péridurale – Comportement des soignants

## TRANSVERSAL STUDY OF THE ASSOCIATION BETWEEN CHILDBIRTH EXPERIENCE AND EPIDURAL ANALGESIA

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the association between epidural analgesia and women's satisfaction towards the behavior of caregivers in the delivery room.

**Methods:** Cross-sectional exposed/unexposed study ancillary to the Study of Experiences Around Childbirth (EVA Study) conducted on 25 maternity units of the AURORE network during one week in September 2018. The groups of women with and without epidural were constituted by propensity score matching. The main criterion was the satisfaction of these women with all seven dimensions concerning the behavior of the caregivers: appropriate attitude, respect of intimacy, appropriate language, delicacy of care, clear and appropriate information, consideration of pain, participation in medical decision-making. The secondary objective was to describe the frequency or frequencies of inappropriate behavior by dimension. The secondary judgment criteria were the seven dimensions taken independently of each other.

**Results:** The women satisfied with all seven dimensions were 93% in the group with epidural and 88% in the group without epidural and this difference was not statistically significant. However, concerning the dimension of "consideration of pain" by the caregivers, there was a statistically significant association ( $p=0.02$ ).

**Conclusion:** Our study does not show a statistically significant association between epidural analgesia and a better satisfaction of the women towards the behavior of the caregivers.

**Key words:** Childbirth experience - Epidural analgesia - Caregivers' behaviour

## Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- Présidente du jury : **Mme Mélanie Vabre**, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- Vice-Présidente du jury : **Mme le Dr Anne-Laure Coston**, Gynécologue-Obstétricienne, CHUGA
- Directeur de mémoire : **M. Laurent Gaucher**, Sage-Femme Enseignant-Chercheur PhD, U1290 RESHAPE, Pôle Santé Publique, Hospices Civils de Lyon, Haute École de Santé de Genève
- Co-directrice de mémoire : **Mme Claudine Martin**, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA
- Sage-femme invitée : **Mme Delphine Mack-Laurent**, Sage-Femme, Coordinatrice Salles de naissance SAUGO, Hôpital Couple Enfant, CHUGA

Je remercie plus particulièrement :

**M. Laurent Gaucher**, Sage-Femme Enseignant-Chercheur PhD, U1290 RESHAPE, Pôle Santé Publique, Hospices Civils de Lyon, Haute École de Santé de Genève, Directeur de ce mémoire ;

*Pour m'avoir inspiré, transmis ses connaissances et son humanité autour du sujet du vécu de l'accouchement des femmes mais également pour son soutien précieux et sa disponibilité*

**Mme Claudine Martin**, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA, Co-directrice de ce mémoire ;

*Pour son accompagnement, ses conseils et l'intérêt porté à mon mémoire*

**L'École de Maïeutique de Grenoble et en particulier Mme Delphine Savoy**, Sage-Femme Enseignante, Département de Maïeutique, UGA, Responsable de la promotion M2 Maïeutique ;

*Pour sa bienveillance et son soutien sans faille au cours de ces quatre années*

**Pr José Labarère**, PU-PH, Pôle Santé Publique, CHUGA **et Pr Arnaud Seigneurin**, PU-PH, Pôle Santé Publique, CHUGA ;

*Pour leurs conseils concernant le protocole et les statistiques de ce mémoire*

Je remercie également **les femmes** qui ont participé à l'étude permettant de constituer la base de données que j'ai pu utiliser pour ce mémoire.

Je tiens à remercier plus personnellement :

**Ma famille** et tout particulièrement **mes parents et mon frère**, mes piliers ;

*Pour toujours croire en moi et me soutenir dans tout ce que j'entreprends*

**Guillaume ;**

*Pour sa présence à mes côtés et ses encouragements*

**Ma promotion ;**

*Pour ces quatre années inoubliables passées toutes ensemble*

**Marianne, Clem, Maïra, Lozia et Élise ;**

*Pour notre belle amitié, je suis si heureuse de vous avoir rencontrées*

**Cécile, Alyson, Leïla, Adrien et Sarah ;**

*Pour être des amis formidables.*

# Table des matières

Abréviations .....	1
Introduction .....	2
Matériel et méthodes .....	5
Type d'étude .....	5
Description de la population .....	5
Objectif principal .....	6
Critère de jugement principal .....	6
Objectif secondaire et critères de jugement secondaires.....	7
Analyse statistique .....	7
Éthique .....	8
Résultats.....	9
Tableau 1 : Description de l'échantillon d'analyse.....	10
Tableau 2 : Caractéristiques des établissements de santé.....	12
Tableau 3 : Proportions d'insatisfactions des femmes envers le comportement des soignants pour chacune des sept dimensions lors du travail et de l'accouchement.....	13
Tableau 4 : Prise en charge médicamenteuse de la douleur des femmes.....	14
Discussion.....	15
Forces et faiblesses .....	15
Interprétation.....	16
Perspectives .....	19
Conclusion.....	21
Références bibliographiques.....	22
Annexe 1 : Modèle de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale selon l'OMS (Tunçalp 2015) .....	26
Annexe 2 : Calendrier du suivi de l'étude .....	27
Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction des femmes par rapport au comportement des soignants en salle de naissance.....	28
Annexe 4 : Maternités du réseau AURORE ayant participé à la base de données initiale en septembre 2018 .....	29
Annexe 5 : Table de classement des « exposés » (avec péridurale) et des « non-exposés » (sans péridurale) selon le score de propension .....	30

## Abréviations

ANM	Académie Nationale de Médecine
AURORE	Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional
CIANE	Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
ENP	Enquête Nationale Périnatale
EPP	Entretien Prénatal Précoce
EVA	Étude du Vécu autour de l'Accouchement
g	Gramme
HPP	Hémorragie du Post-Partum
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
kg	Kilogramme
m	Mètre
ml	Millilitre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCEA	Patient Controlled Epidural Analgesia (Analgésie contrôlée par voie péridurale)
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
SA	Semaine d'Aménorrhée
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
TIU	Transfert In Utero

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la définition de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale (Tunçalp 2015) comprend quatre piliers : « les soins que l'on délivre » qui reposent sur des pratiques fondées sur des données probantes pour les soins de routine et la gestion des complications ; « l'expérience des soins » vécue par les femmes reposant sur une communication adaptée, le respect, la dignité et un soutien psychologique ; « des professionnels de santé compétents et motivés » mais également que « les ressources matérielles essentielles soient disponibles » [1, 2] (Annexe 1).

Nous retrouvons de plus en plus de témoignages 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 de la part des soignants font l'objet depuis 2014 de nombreux témoignages apparaissant sur les réseaux sociaux et dans les médias [3, 4]. Plusieurs mouvements et groupes de femmes ont donc fait leur apparition, c'est le cas notamment du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) qui a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et 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, Madame Marlène SCHIAPPA, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes en France, commande 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]. En 2018, l'Académie Nationale de Médecine (ANM) propose d'utiliser le terme « comportements inappropriés » à la place de « violences obstétricales » [7]. Les comportements inappropriés comme le non respect du consentement, de la pudeur, le défaut d'information, la non prise en compte de la douleur sont notamment ceux décrits dans le rapport intitulé « De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. » par l'Académie Nationale de Médecine en 2018 [8].

En effet, une expérience négative de la naissance a été associée au risque de développement d'un Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) [9] ainsi qu'à un risque de dépression du post-partum [10], d'autant plus quand nous savons que le suicide maternel fait partie des deux premières

causes de mortalité maternelle [11]. Ces perturbations peuvent faire suite à une situation d'urgence vitale mais s'avère le plus souvent la conséquence de pratiques obstétricales au quotidien, techniquement irréprochables, mais humainement défailtantes [8]. 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 [8]. En effet, sur les 700 000 femmes qui accouchent chaque année en France [12] une très grande majorité (environ 82%) bénéficie d'une analgésie péridurale [12], ce qui fait de la France l'un des pays où la pratique de l'analgésie péridurale est la plus fréquente [13], par rapport à d'autres pays comme le Royaume-Uni (60% d'analgésie péridurale) ou encore le Canada (40% d'analgésie péridurale) [14]. En reprenant les rapports des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) de 2010, 2016 et 2021 nous voyons que le taux de péridurale augmente en permanence, nous sommes actuellement à plus de 82% de péridurale sur la dernière ENP de 2021 [15, 16, 12].

L'analgésie péridurale représente certes le meilleur moyen de soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement [17] mais pour autant, ce n'est peut-être pas parce que l'on soulage leur douleur que les femmes sont nécessairement satisfaites de leur accouchement et de leur prise en charge par les soignants [18]. D'après l'Étude du Vécu autour de l'Accouchement (EVA), 10% des femmes se déclaraient insatisfaites du comportement des soignants en salle de naissance avec pour principal motif le manque de prise en compte de leur douleur par les soignants, sans que soit détaillé le fait que les femmes avaient ou non bénéficié d'une analgésie péridurale [19]. On peut donc se questionner sur le fait que cette insatisfaction soit présente dans le cas d'une situation avec analgésie péridurale ou au contraire sans 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, en partant de l'hypothèse que les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale étaient moins satisfaites envers le comportement des soignants par rapport aux femmes qui n'en ont pas bénéficié. Cette hypothèse a été émise en partant du fait que les femmes étant soulagées de la douleur des contractions utérines par l'analgésie péridurale alors les soignants leur apporteraient peut-être moins d'attention, de temps et de soutien. L'objectif secondaire était de

décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés des soignants 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).

## Matériel et méthodes

### **Type d'étude**

Étude quantitative, prospective, observationnelle, transversale de type exposés/non exposés avec appariement sur score de propension, multicentrique (régionale, réseau AURORE), post-hoc (utilisant une base de données préexistante) et visant à évaluer l'association entre l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes en salle de naissance envers le comportement des soignants.

Le calendrier du suivi de notre étude est disponible en Annexe 2.

### **Description de la population**

La base de données préexistante comportait 803 femmes et a été constituée grâce à un questionnaire sur la satisfaction des femmes par rapport au comportement des soignants en salle de naissance (Annexe 3) distribué par des sages-femmes en suites de naissance dans les trois jours suivant l'accouchement, dans 25 maternités du réseau AURORE (Annexe 4) pendant une semaine en septembre 2018. Cette base de données a servi notamment pour l'étude intitulée « Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France : A survey study » [19]. Les maternités qui avaient participé à la constitution de cette base de données étaient aussi bien des maternités de type I, de type II (présence d'un service de néonatalogie) ou de type III (présence d'un service de réanimation néonatale) [20]. Ce réseau comprenait aussi bien des maternités publiques que privées [19].

Les critères d'exclusion de la base de données initiale concernaient les femmes mineures, les femmes ne parlant pas français, les naissances à domicile, les morts fœtales ou néonatales et les femmes s'opposant à l'utilisation de leurs données dans le cadre de la recherche. Puis dans notre étude nous avons également exclu les femmes qui ont été perdues de vue, les femmes où il existait des données manquantes sur l'utilisation ou non d'une analgésie péridurale et les femmes ayant eu une césarienne.

Pour construire notre échantillon d'analyse 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) par un appariement sur score de propension (Annexe 5). En effet, nous avons sélectionné, à partir de la cohorte existante, trois femmes ayant bénéficié d'une péridurale pour une femme qui n'en avait pas bénéficié. On parle de calcul via un score de

propension et un appariement de type 1:3. Nous avons donc apparié avec davantage d'« exposés » (avec péridurale) par rapport aux « non exposés » (sans péridurale) afin d'augmenter la puissance de l'étude. L'appariement a été réalisé sur quatre paramètres qui sont connus comme pouvant faire varier la satisfaction des femmes, à savoir : la parité (primipare ou multipare) [21], le mode d'accouchement (voie basse spontanée ou naissance instrumentale) [22], l'âge (inférieur ou supérieur et égal à 30 ans) [23] et l'épisiotomie (réalisée ou non) [24].

Notre échantillon d'analyse représentait alors 164 femmes dont 124 femmes qui ont bénéficié d'une péridurale et 40 qui n'en ont pas bénéficié.

## **Objectif principal**

L'objectif principal de ce mémoire était d'évaluer l'association entre l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes en salle de naissance envers le comportement des soignants.

L'hypothèse envisagée était que les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale étaient moins satisfaites envers le comportement des soignants par rapport à celles qui n'en avaient pas bénéficié.

Hypothèse nulle (H0) : pas de différence entre les 2 groupes : pas de différence sur la proportion de femmes satisfaites avec ou sans analgésie péridurale.

Hypothèse alternative (H1) : il existe une différence entre les 2 groupes : les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale sont moins satisfaites envers le comportement des soignants par rapport aux femmes qui n'en ont pas bénéficié.

Nous allons rejeter l'H0 pour montrer que l'H1 est vrai.

## **Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal était la satisfaction de la femme qui se définit comme le fait que les femmes soient satisfaites à l'ensemble des sept dimensions concernant le comportement des soignants. Les sept dimensions étaient les suivantes : 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 de la réponse des femmes au questionnaire qui leur avait été donné en suites de naissance, dans les trois jours suivant leur accouchement, au sein du réseau AURORA durant une semaine en septembre 2018. Les femmes pouvaient répondre aux sept dimensions en se basant sur

l'échelle de Likert permettant de mesurer la satisfaction [25], à savoir « tout à fait », « suffisamment », « insuffisamment » ou « pas du tout » satisfaites. Pour une question de simplification nous avons reconstruit ces qualificatifs dans ce mémoire en deux catégories : « satisfaites » (pour les femmes « tout à fait » et « suffisamment » satisfaites) ou « insatisfaites » (pour les femmes « insuffisamment » ou « pas du tout » satisfaites).

## Objectif secondaire et critères de jugement secondaires

L'objectif secondaire était de décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés par dimension. Les critères de jugement secondaires étaient donc les sept dimensions prises indépendamment les unes des autres.

## Analyse statistique

Les données correspondant à l'échantillon d'analyse m'ont été transmises via un tableur Excel, elles étaient entièrement anonymisées et il n'existe pas de table de correspondance qui permettrait d'identifier les femmes. Les données ont été analysées par moi-même à l'aide du site internet BiostaTGV qui utilise le logiciel de statistique « R ».

Dans le **tableau 1** (partie Résultats) correspondant à la description de l'échantillon d'analyse de notre étude, nous avons réalisé un test t de Student pour les variables quantitatives car ces variables suivent une loi normale et un test du Chi2 pour les variables qualitatives qui ne sont pas en italique. Pour les variables qualitatives *en italique*, à la place de réaliser un test du Chi2, nous avons réalisé un test exact de Fisher qui a permis d'avoir une p-value plus valable étant donné que les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle H0 de ces dimensions étaient inférieurs à 5.

Dans le **tableau 2** (partie Résultats) correspondant aux caractéristiques des établissements de santé, nous avons réalisé un test du Chi2 car il s'agit de variables qualitatives.

Dans le **tableau 3** (partie Résultats) correspondant aux proportions d'insatisfactions des femmes envers le comportement des soignants pour chacune des sept dimensions lors du travail et de l'accouchement, à la place de réaliser un test du Chi2, nous avons aussi réalisé un test exact de Fisher pour la même raison que dans le tableau 1.

Dans le **tableau 4** (partie Résultats) concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur des femmes un test exact de Fisher a également été réalisé.

Les risques statistiques retenus sont un risque de 1<sup>ère</sup> espèce  $\alpha$  fixé à 5% et un risque de 2<sup>ème</sup> espèce  $\beta$  fixé à 80%. Une valeur de  $p < 0,05$  est considérée comme statistiquement significative.

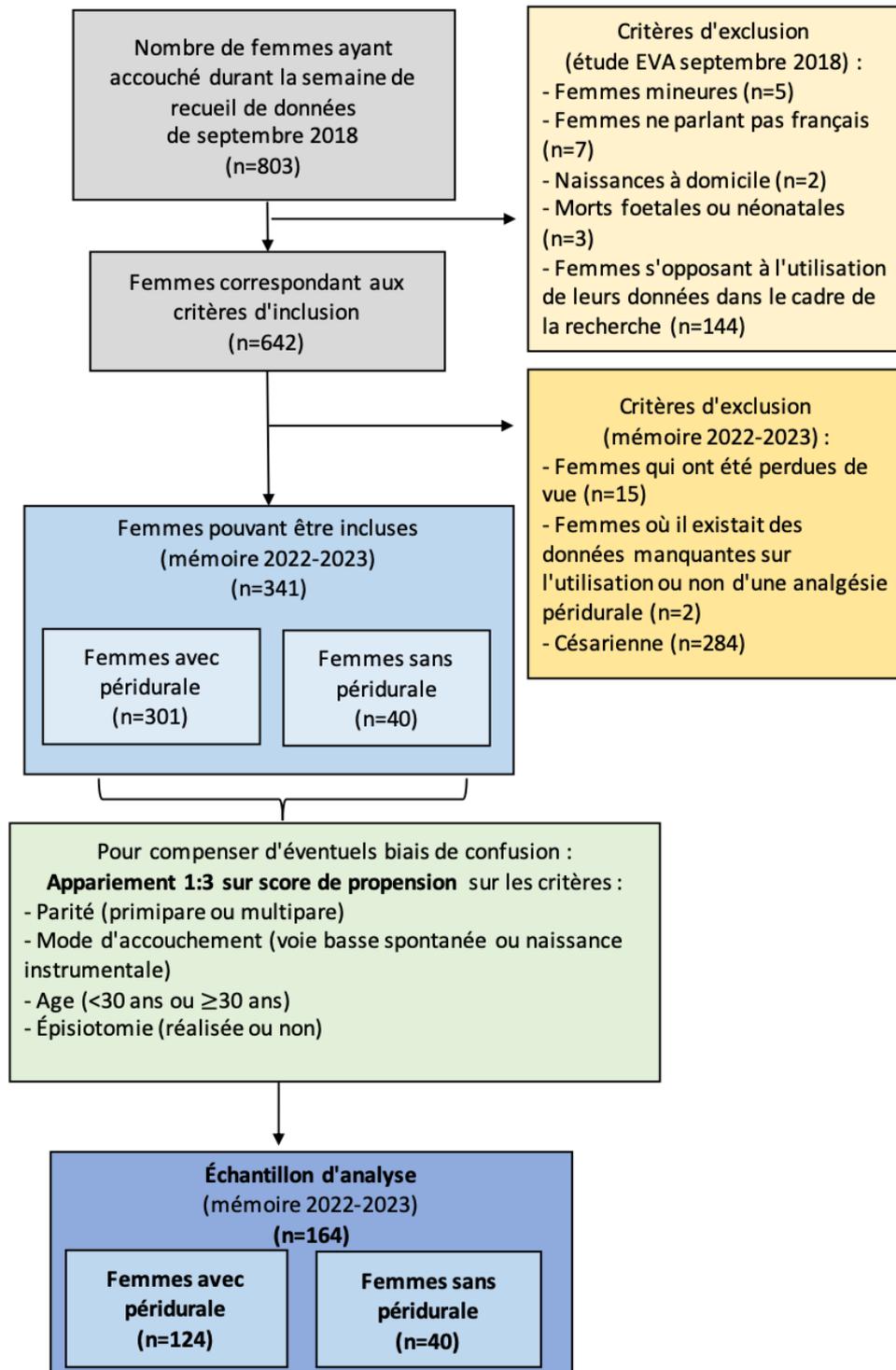
## **Éthique**

Ce mémoire est une étude n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi Jardé. Les autorisations de création de la base de données initiale étaient celles de la CNIL : Hôpitaux Civils de Lyon 18-165 (datant de 2018) et du CPP 1084 RNI (datant du 29/08/2018). Concernant les modalités d'information et de traçabilité de la non-opposition/opposition, les femmes avaient déjà accepté suite à 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

La construction de notre échantillon d'analyse est représentée dans le diagramme d'inclusion ci-dessous. Notre échantillon d'analyse est donc composé de 40 femmes qui n'avaient pas d'analgésie péridurale et pas de césarienne et pour chacune de ces 40 femmes nous avons trouvé trois femmes avec analgésie péridurale qui correspondaient, soit 124 femmes.

### Diagramme d'inclusion :



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

	Avec analgésie péridurale (n=124)	Sans analgésie péridurale (n=40)	p-value
<b>Données démographiques</b>			
Age (en années), moyenne (écart-type)	31,60 (4,29)	31 (4,10)	0,43
Indice de masse corporelle, n (%) :			
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	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 2 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
Hémorragie du post-partum, n (%)***	1 (0,8)	5 (12,5)	<b>0,003</b>
Autres complications maternelles lors de l'accouchement, n (%)****	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>ème</sup> degré, n (%)	21 (17)	7 (18)	0,93
Déchirure 3 <sup>ème</sup> degré, n (%)	1 (0,8)	0 (0)	1
Déchirure 4 <sup>ème</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 (%) :			
< 1500 grammes (g)	0 (0)	2 (5)	0,06
1500-1999g	1 (0,8)	0 (0)	1
2000-2499g	2 (2)	3 (7,5)	0,09
2500-2999	26 (21)	4 (10)	0,16
3000-3499g	57 (46)	20 (50)	0,66
3500-3999g	33 (26,6)	10 (25)	0,84
≥4000g	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, n (%)	89 (72)	32 (80)	0,30
APGAR ≤ 6 à 5min, n (%)	1 (0,8)	1 (2,5)	0,43
pH artériel au cordon , n (%) :			
< 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

\*\*\*1 femme avec analgésie péridurale : hémorragie du post-partum (HPP) de 1000ml, 5 femmes sans analgésie péridurale : HPP de 500ml, 600ml pour 2 femmes, 800ml et 1500ml

\*\*\*\*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

Afin de décrire notre échantillon d'analyse, nous avons comparé les données démographiques ainsi que les données concernant la grossesse actuelle, la raison d'admission, l'accouchement, le traumatisme périnéal et le nouveau-né de nos deux échantillons de femmes (Tableau 1). Hormis une différence statistiquement significative ( $p = 0,003$ ) concernant la survenue d'une hémorragie du post-partum qui est quinze fois plus présente dans le groupe sans analgésie péridurale (12,5%) par rapport au groupe avec analgésie péridurale (0,8%), pour toutes les autres caractéristiques nous nous apercevons qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative (pas de p-value inférieure à 0,05) entre les deux groupes de femmes. Ce qui montre que les deux groupes semblent relativement homogènes.

Par ailleurs, on peut noter que l'entretien prénatal précoce (EPP) a été quasiment réalisé deux fois plus dans le groupe avec péridurale (31%) par rapport au groupe de femmes qui n'ont pas eu de péridurale (18%), même si la p-value n'est pas significative ( $p=0,08$ ).

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

	Avec analgésie péridurale (n=124)	Sans analgésie péridurale (n=40)	p-value
Statut de la maternité : n (%)			
Public universitaire	30 (24)	14 (35)	0,18
Public non universitaire	54 (44)	18 (45)	0,87
Privé	40 (32)	8 (20)	0,14
Type d'autorisation de la maternité : n (%)			
Type I	34 (27)	11 (28)	0,99
Type II	66 (53)	19 (48)	0,53
Type III	24 (19)	10 (25)	0,44
Nombre de naissance annuel, n (%) :			
< 1000	17 (14)	7 (18)	0,56
1000-1999	54 (44)	17 (43)	0,91
2000-2999	24 (19)	6 (15)	0,54
> 3000	29 (23)	10 (25)	0,83

Les caractéristiques des établissements de santé dans le tableau 2 permettent de voir que les établissements de santé où les femmes de notre étude ont accouché présentent des pratiques similaires par rapport à l'utilisation ou non de l'analgésie péridurale (pas de p-value inférieure à 0,05), que ce soient des établissements publics ou privés, que ce soient des maternités de types I, II ou III et quel que soit le nombre de naissance.

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

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

Concernant le tableau 3, en regardant la satisfaction des femmes sur l'ensemble des sept dimensions, environ 93% de femmes sont satisfaites quand elles ont une analgésie péridurale contre environ 88% de femmes satisfaites quand elles n'ont pas d'analgésie péridurale. Nous ne trouvons donc pas de différence statistiquement significative ( $p=0,33$ ) sur la satisfaction des femmes sur l'ensemble des sept dimensions concernant le comportement des soignants, selon qu'elles aient ou non bénéficié d'une analgésie péridurale.

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

Les femmes insatisfaites pour l'attitude inappropriée sont (1,6% versus 2,5%), pour le non respect de l'intimité (0% versus 2,5%), pour le langage inapproprié (3,2% versus 2,5%), pour le manque de délicatesse des soins (2,4% versus 5%), pour le manque d'information claire et appropriée (3,2% versus 2,5%) et pour le manque de participation de la femme dans la prise de décisions médicales (3,2% versus 7,5%), on peut donc voir qu'elles sont peu nombreuses dans les deux groupes à être insatisfaites par dimension vis-à-vis du comportement des soignants.

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

	Avec analgésie péridurale (n=124)	Sans analgésie péridurale* (n=40)	p-value
Précisions péridurale, n (%) :			
Déambulatoire	2 (2)	0 (0)	1
Débit continu	26 (21)	0 (0)	0,0007
PCEA	96 (77)	0 (0)	<0,0001
Rachianesthésie, n (%)	14 (11)**	11 (28)***	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)****	0,24
Présence d'une analgésie (tous types confondus), n (%)	124 (100)	40 (100)	1

\*Pour 1 femme la raison de non analgésie péridurale venait d'une demande de sa part, pour les 39 autres femmes nous ne disposons pas des raisons de non analgésie péridurale

\*\*1 femme a eu une délivrance artificielle (DA) et une révision utérine (RU), pour les 13 autres femmes les raisons de la rachianesthésie alors qu'elles avaient une péridurale ne sont pas connues

\*\*\*3 femmes ont eu une DA/RU (dont 1 femme pour hémorragie du post-partum), 5 femmes ont eu une RU (dont 3 pour hémorragie du post-partum et pour les 2 autres femmes nous ne connaissons pas les raisons de la RU), pour 3 femmes les raisons de la rachianesthésie ne sont pas renseignées dans la base de données initiale

\*\*\*\*Une anesthésie générale en raison d'une hémorragie du post-partum

Dans le groupe de femmes ayant eu une analgésie péridurale on peut voir que le dispositif Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) a été majoritairement utilisé (77%), suivi du débit continu (21%) et de la péridurale déambulatoire (2%). Nous notons le recours à une rachianesthésie dans 11% des cas.

Dans le groupe sans analgésie péridurale toutes les femmes ont tout de même bénéficié d'une analgésie mais par un autre moyen que l'analgésie péridurale. On retrouve majoritairement l'utilisation d'une anesthésie locale (40%) suivie par l'utilisation du protoxyde d'azote (35%) et la rachianesthésie (28%). Avec des pourcentages moins importants on retrouve l'utilisation de morphiniques (5%), de nalbuphine (3%) et l'anesthésie générale (3%). On peut noter tout de même que mis à part pour une femme où la raison de non analgésie péridurale venait d'une demande de sa part, pour les 39 autres femmes nous ne disposons pas des raisons de non analgésie péridurale.

## Discussion

Nous avons pu voir au travers de notre étude que la proportion de femmes satisfaites vis-à-vis du comportement des soignants ne différait pas de façon statistiquement significative entre les femmes avec ou sans analgésie péridurale. Cependant, les femmes sans analgésie péridurale se déclaraient plus souvent insatisfaites de la prise en compte de leur douleur par les soignants.

### **Forces et faiblesses**

Les points forts de cette étude reposent tout d'abord sur le fait que 25 maternités du réseau AURORE ont participé à la création de la base de données initiale [19], ce qui représente 803 naissances durant la semaine d'étude en septembre 2018. Sachant que 711 826 naissances ont eu lieu en France métropolitaine en 2018 [26], 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 maternités françaises (public, privé...) que l'on retrouve dans l'ENP de 2021 [12]. Cette base de données initiale a déjà donné lieu à publication [19].

Un autre point fort est que notre échantillon d'analyse est similaire à l'ENP de 2021 en ce qui concerne les caractéristiques générales comme la moyenne d'âge et le taux de péridurale [12]. Il est important de noter aussi que le taux de participation à l'étude EVA ayant permis de constituer la base de données initiale était d'environ 80% ce qui permet de limiter le biais de sélection. Concernant d'éventuels biais de confusion, l'appariement mis en place dans notre étude est là pour permettre de limiter ces biais.

Enfin, pour réaliser les analyses statistiques nous avons vérifié que nos 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 équilibré de désirabilité sociale est présent, en effet on peut se dire que les femmes ont sans doute surestimé leur satisfaction en sachant que les questionnaires étaient distribués à la maternité par des sages-femmes.

Nous n'avons pas pu étudier les femmes déclenchées dans notre étude car celles déclenchées avaient toutes eu une analgésie péridurale, il n'était donc pas possible de les appairer à des femmes sans péridurale.

Une autre limite est la présence d'un plus grand nombre d'hémorragies du post-partum dans le groupe sans péridurale (12,5%) par rapport au groupe avec péridurale (0,8%) avec une différence

qui est statistiquement significative ( $p=0,003$ ), ce qui peut jouer sur 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 dans des situations d'urgences, indépendamment de la conformité technique des soins, que l'accompagnement humain peut être défaillant [8]. L'hémorragie du post-partum aurait pu être un critère intéressant à ajouter dans l'appariement. Nous pouvons avoir ce type de biais étant donné que nous avons réalisé un appariement sur score de propension et non pas un essai contrôlé randomisé car on ne pourrait pas refuser d'un point de vue éthique l'analgésie péridurale à une femme en salle de naissance.

Concernant la prise en compte de la douleur des femmes par les soignants, 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 c'était par manque de temps pour avoir une péridurale, si les femmes étaient accompagnées en salle de naissance, quelle était la durée de leur travail, de quel type de douleur s'agissait-il, était-ce des douleurs pendant le travail, lors de la poussée ou dans les deux heures après la naissance, est-ce que des méthodes non médicamenteuses ont pu être mises en place pour ces femmes ?

## **Interprétation**

L'objectif principal de notre 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'hypothèse envisagée était que les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale étaient moins satisfaites envers le comportement des soignants par rapport à celles qui n'en avaient pas bénéficié. Nous avons montré qu'environ 93% de femmes sont satisfaites envers le comportement des soignants quand elles ont une analgésie péridurale, et elles sont un peu moins nombreuses (environ 88%) à être satisfaites quand elles n'ont pas d'analgésie péridurale. Notre échantillon d'analyse ne met donc pas en évidence de différence significative entre les deux groupes sur la satisfaction globale des femmes à l'ensemble des sept dimensions concernant le comportement des soignants selon qu'elles aient eu ou non une analgésie péridurale, notre hypothèse de départ est donc infirmée. Nous pouvons voir que les femmes avec analgésie péridurale peuvent être satisfaites mais également insatisfaites et de même pour les femmes sans analgésie péridurale.

Ensuite, concernant l'objectif secondaire de notre étude, à savoir, décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés par dimension : aucune différence statistiquement significative n'est montrée entre les femmes avec analgésie péridurale et les femmes sans analgésie péridurale, sauf pour la douleur qui est décrite comme moins bien prise en compte par les soignants dans le groupe des femmes sans analgésie péridurale par rapport au groupe ayant bénéficié d'une analgésie péridurale : 12,5% versus 2,4%, la différence est significative ( $p=0,02$ ). D'après l'ENP de 2016 11,7% de femmes sont peu ou pas du tout satisfaites de la méthode utilisée pour gérer la douleur (avec ou sans péridurale) [16], ce qui correspond aux résultats de notre étude réalisée sur une base de données de 2018. Alors que l'ENP de 2021 met en évidence une amélioration par rapport aux résultats de 2016 et 2018, avec 9,7% de femmes peu ou pas du tout satisfaites de la méthode utilisée pour la gestion de la douleur en salle d'accouchement (avec ou sans péridurale) [12].

On retrouve dans les ENP l'utilisation d'une méthode médicamenteuse (médicaments par injection ou par perfusion, médicaments en comprimés et gaz à respirer) qui reste plutôt stable entre 2016 et 2021 (28,5% contre 28,9%) [16, 12]. En revanche, l'utilisation de méthodes non médicamenteuses telles que le ballon, la marche, le choix de la position, le bain ou 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, voit son utilisation progresser de 35,5% en 2016 à 49,2% en 2021 [16, 12]. Dans notre étude, il aurait été intéressant de connaître les pourcentages d'utilisation de chacune de ces méthodes non médicamenteuses pour prendre en compte et gérer la douleur des femmes en salle de naissance. Dans notre étude (tableau 4) toutes les femmes sans analgésie péridurale ont bénéficié d'un autre type d'analgésie que la péridurale, il aurait été intéressant de connaître à quel moment cela a eu lieu.

Pour les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale et n'étant pas satisfaites de la prise en compte de leur douleur par les soignants, il semble important de savoir si l'analgésie péridurale a été efficace chez ces femmes-là. En effet, l'Académie Nationale de Médecine en 2018 a reporté trois points principaux parmi les récriminations des femmes concernant la prise en charge de leur douleur au cours de l'accouchement et dans le post-partum [8]. Il s'agit tout d'abord du caractère parfois imparfait de l'analgésie (lors de la réalisation d'extractions instrumentales, d'épisiotomies, de gestes endo-utérins, voire de césariennes) qui peut entraîner des perturbations psychologiques incontestables. Ensuite, le manque d'écoute et de prise en charge des femmes lorsqu'elles expriment leur douleur et leur ressenti (que ce soit pendant le travail ou dans le post-

partum) peut aboutir, en particulier, à une pratique décalée de l'analgésie, trop précoce ou trop tardive. Et enfin, un mauvais dosage des anesthésiques peut entraîner une analgésie inadaptée, insuffisante ou excessive qui met la parturiente dans l'impossibilité de participer activement à son accouchement ou de pouvoir se mouvoir [8].

Le nombre de femmes satisfaites par rapport au respect de l'intimité dans notre étude sur une base de données de 2018 apparaît comme étant positif. Il est difficile de trouver des études plus anciennes explorant cet aspect-là du vécu de la naissance car peu d'études s'y intéressaient [27] mais une étude qualitative de 2014 montre qu'une gêne était souvent ressentie par les femmes lors des examens vaginaux par exemple [27]. Notre étude souligne donc un progrès sur cet aspect-là dans les pratiques en salle de naissance. Une étude datant de 2015 montre que les femmes ont indiqué des niveaux élevés du respect de leur intimité et l'absence de gêne vis-à-vis des soignants [28].

Les résultats de notre étude vont également dans le sens de l'ENP réalisée en 2021 montrant que les paroles des soignants sont ressenties comme totalement appropriées par les femmes dans 70% des cas, les gestes des soignants sont ressentis comme totalement appropriés dans 83% des cas et l'attitude des soignants est ressentie comme totalement appropriée dans quasiment 75% des cas [12].

Nous avons pu remarquer que l'EPP a été quasiment réalisé deux fois plus dans le groupe avec analgésie péridurale (31%) par rapport au groupe de femmes qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale (18%), même si la p-value n'est pas significative ( $p=0,08$ ) (Tableau 1). Les femmes insatisfaites de la prise en compte de leur douleur par les soignants étant majoritaire dans le groupe sans analgésie péridurale, on peut se demander comment elles avaient élaboré leurs perspectives concernant les douleurs lors de leur futur accouchement. En effet, l'Académie Nationale de Médecine recommande de respecter la réalisation de l'EPP au 4<sup>ème</sup> mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple qui permettraient d'améliorer la satisfaction des femmes [8]. Cet EPP est l'occasion pour les femmes mais aussi pour le couple d'exprimer leurs attentes, leurs besoins et leurs questionnements [29].

## Perspectives

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire à la nôtre sur 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 connaître dans ce type de structure la satisfaction des femmes envers la prise en compte de leur douleur par les soignants car l'accompagnement y est davantage personnalisé et les femmes accouchent en ayant fait le choix de ne pas avoir recours à l'analgésie péridurale [30]. Par exemple, l'accompagnement global proposé à la maison de naissance de Grenoble permet aux femmes de vivre sereinement leur grossesse et leur l'accouchement et de se sentir entendues dans leurs attentes, en se préparant en amont lors de séances de préparation à la naissance à la gestion de la douleur notamment [31].

Améliorer davantage la prise en compte de la douleur des femmes que ce soit avec analgésie péridurale ou sans analgésie péridurale apparaît comme importante [8]. Le développement et l'utilisation de méthodes non médicamenteuses telles que l'hypnose, l'acupuncture ou encore le ballon, la marche... semblent être un axe d'amélioration des deux premiers piliers décrits par l'OMS et Tunçalp à propos de la qualité des soins [1] (Annexe 1), à savoir, « les soins que l'on délivre » et une meilleure « expérience des soins » et donc une meilleure gestion et prise en compte de la douleur des femmes en salle de naissance. En effet, on retrouve dans la littérature une satisfaction des femmes quant à l'efficacité des méthodes non médicamenteuses sur la douleur, seules ou en association avec une analgésie péridurale [32]. Il apparaît donc important de continuer à les développer en salle de naissance car il existe encore une marge de progression puisque 9,7% des femmes étaient peu ou pas du tout satisfaites de la méthode reçue en 2021 [12]. 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 » [33]. L'évaluation précise au cours de l'accouchement de la douleur et sa prise en charge doit constituer une priorité. Le ressenti des patientes doit être entendu, et, sauf urgence extrême, il convient de toujours vérifier et améliorer, si nécessaire, la qualité de l'analgésie en cas d'intervention médicale : extractions instrumentales ou césarienne [8]. Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative en interrogeant les huit femmes de notre étude qui étaient insatisfaites sur la prise en compte de leur douleur par les soignants pour essayer de comprendre ce qui s'est joué et ce qui a pu entraîner leur insatisfaction. On pourrait également effectuer des entretiens avec les femmes qu'elles aient

eu ou non une analgésie péridurale pour comprendre quels sont les déterminants de leur insatisfaction.

Pour permettre ce développement et continuer d'améliorer la prise en compte de la douleur, il faudrait également jouer 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 (IGAS) de 2021 montre que la formation continue est insuffisamment accessible aux sage-femmes [34]. De plus, le contexte actuel semble favorable à un regroupement de maternités [35]. Le nombre de sages-femmes françaises souffrant de burnout est important (42,3% des cliniciennes salariées en 2020) [36]. 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 « Une femme = Une sage-femme », c'est-à-dire qu'une sage-femme soit disponible pour chaque femme en travail [37]. Mais dans la majorité des établissements ceci semble difficile en raison des effectifs présents en salle de naissance notamment [8], d'autant plus quand on sait que même si l'exercice salarié concerne 60 % de l'effectif, il décroît ces dernières années au profit de l'exercice libéral et/ou mixte [34].

## Conclusion

Notre étude ne montre pas d'association statistiquement significative entre l'analgésie péridurale et une meilleure satisfaction des femmes envers le comportement des soignants.

Soulager la douleur lors du travail et de l'accouchement via une analgésie péridurale est importante puisque nous avons trouvé un résultat statistiquement significatif sur le fait que les femmes qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale sont moins satisfaites que celles qui en ont bénéficié sur le versant prise en compte de leur douleur par les soignants. Mais l'analgésie péridurale ne suffit sans doute pas à garantir la satisfaction des femmes et une qualité des soins satisfaisante. En effet, nous avons pu constater que certaines femmes restent insatisfaites sur la prise en compte de leur douleur par les soignants malgré l'analgésie péridurale.

Notre étude va donc permettre d'attirer l'attention des professionnels en salle de naissance afin que leurs pratiques puissent être mieux adaptées et qu'ils soient plus attentifs à la douleur des femmes y compris celles bénéficiant d'une analgésie péridurale afin qu'elles aient un meilleur vécu de leur accouchement. Un axe d'amélioration pourrait être d'utiliser davantage de méthodes non médicamenteuses pour une gestion plus personnalisée de la douleur des femmes telles que le bain, l'hypnose, l'acupuncture etc. pouvant être ou non associées à une analgésie médicamenteuse.

## Références bibliographiques

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*. Juillet 2015;122(8):1045-9.
2. Gaucher L. Qualité des soins en salle de naissance et perspectives des mères. [Thèse de doctorat en sciences et santé]. Université de Lyon ; 2020.
3. Bourrelier C. Violences obstétricales : Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale. [Mémoire diplôme d'état de sages-femmes]. 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 [Internet]. 2003 [consulté le 17 mars 2023]. Disponible sur: <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 [Internet]. 2018 [consulté le 14 avril 2022]. Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf)
7. Devos C, Gaucher L, Huissoud C. Comportements inappropriés des soignants en salle de naissance : une étude qualitative comparative — résultats préliminaires. *Périnatalité*. 2020;12(4):201-2.
8. Académie Nationale de Médecine. De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités [Internet]. 2018 [consulté le 15 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/09/P.1323-1340.pdf>
9. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol*. 2017;8:560.
10. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23.
11. 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 [Internet]. 2021 [consulté le 11 avril 2023]. Disponible sur: <https://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>
12. Santé publique France. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet]. 2022 [consulté le 15 avril 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>

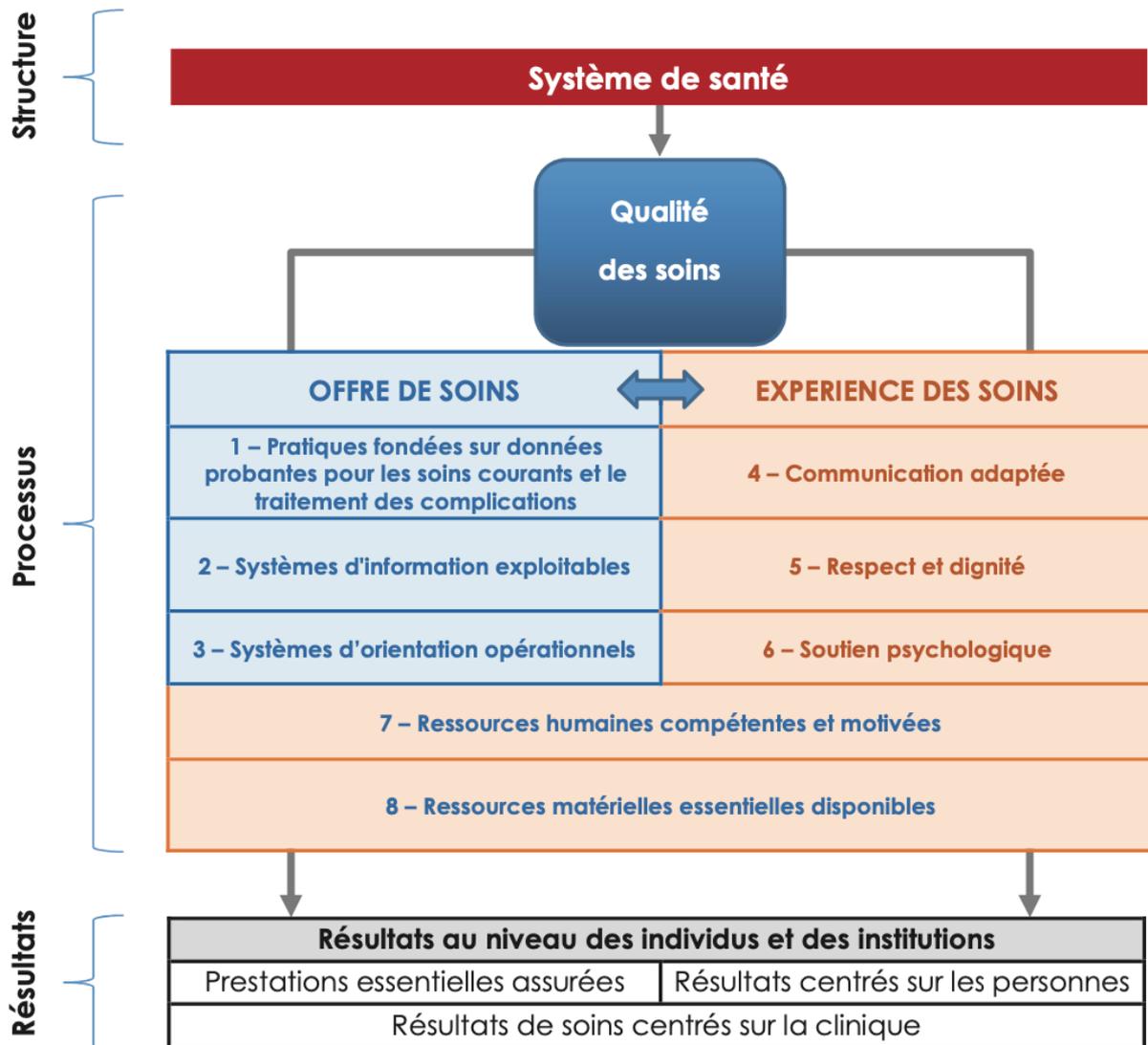
13. INSERM. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans [Internet]. 2015 [consulté le 13 avril 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequente-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/>
14. World Population Review. Epidural Rates by Country 2023 [Internet]. 2023 [consulté le 11 avril 2023]. Disponible sur: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/epidural-rates-by-country>
15. INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2010 [Internet]. 2011 [consulté le 16 avril 2023]. Disponible sur: [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)
16. INSERM. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 14 avril 2023]. Disponible sur: [https://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](https://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
17. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane*. Mai 2018;21;5(5):CD000331.
18. CIANE. Douleur et accouchement [Internet]. 2013 [consulté le 14 avril 2022]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
19. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz RC, Cortet M, Bouvet L, et al. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study. *Birth*. Septembre 2021 ; 48(3):328-37.
20. AURORE. Maternités [Internet]. 2017 [consulté le 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.aurore-perinat.org/maternites/>
21. Kazouan T. L'impact des comportements inappropriés durant la grossesse sur le vécu de l'accouchement. [Mémoire diplôme d'état de sages-femmes]. Université Claude Bernard Lyon 1. UFR de Médecine ; 2019.
22. Réseau Sécurité Naissance. Enquête sur le vécu de l'accouchement [Internet]. 2022 [consulté le 5 avril 2023]. Disponible sur: [https://www.reseau-naissance.fr/medias/2022/03/Enquete\\_VecuAccouchement\\_VF.pdf](https://www.reseau-naissance.fr/medias/2022/03/Enquete_VecuAccouchement_VF.pdf)
23. 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*. Mai 2016;16(1):114.
24. Clesse C. Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie : étude longitudinale chez des femmes primipares. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie]. Université de Lorraine ; 2018.

25. Qualtrics. Tout savoir sur l'échelle de Likert [Internet]. 2022 [consulté le 11 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/echelle-likert/>
26. ScanSanté. Indicateurs de santé périnatale [Internet]. 2014 [consulté le 20 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2018&mater=n1&type\\_ind=accn&ind=ind1&type\\_zone=nat&zone=nat&mbout=dummy&excel=non](https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2018&mater=n1&type_ind=accn&ind=ind1&type_zone=nat&zone=nat&mbout=dummy&excel=non)
27. Walburg V, Friederich F, Callahan S. Embarrassment and modesty feelings during pregnancy, childbirth and follow-up care: A qualitative approach. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Mars 2014;32(2):126-36.
28. Rados M, Kovacs E, Mészáros J. Intimacy and privacy during childbirth. a pilot-study testing a new self-developed questionnaire: the childbirth intimacy and privacy scale (CIPS). *New Medicine*. Mars 2015;19(1):16-24.
29. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [consulté le 15 avril 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
30. Haute Autorité de Santé. Maisons de naissance [Internet]. 2014 [consulté le 15 avril 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier\\_charges\\_maisons\\_naissance\\_230914.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf)
31. Negre L. Motivations et vécu des parturientes de la maison de naissance "La maison" à Grenoble (38). [Mémoire diplôme d'état de sages-femmes]. Université Grenoble Alpes. UFR de Médecine ; 2022.
32. GYNGER. Accoucher en France : les derniers chiffres de l'enquête périnatale [Internet]. 2017 [consulté le 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.gynger.fr/accoucher-en-france-les-derniers-chiffres-de-lenquete-perinatale/>
33. Fondation APICIL. Enquête EPIDOL: prise en charge des douleurs obstétricales [Internet]. 2020 [consulté le 26 mars 2023]. Disponible sur: [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)
34. Inspection Générale des Affaires Sociales. L'évolution de la profession de sage-femme [Internet]. 2021 [consulté le 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>
35. APM news. Des sociétés savantes et plusieurs organisations favorables à un regroupement de maternités [Internet]. 2023 [consulté le 16 avril 2023]. Disponible sur: [https://www.apmnews.com/login.php?ret\\_link=%2Fstory.php%3Fobjet%3D393696%26idmail%3D.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowLig3wLaKPZtgbNHTX96CxhI\\_nnfgmNn78X5ZINvmTvVvneMPowTIPNmv9EZ5zzstV2GP3ZgJE2WBy2&type=notLogged](https://www.apmnews.com/login.php?ret_link=%2Fstory.php%3Fobjet%3D393696%26idmail%3D.O.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowLig3wLaKPZtgbNHTX96CxhI_nnfgmNn78X5ZINvmTvVvneMPowTIPNmv9EZ5zzstV2GP3ZgJE2WBy2&type=notLogged)

36. Collège National des Sage-femmes. Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France [Internet]. 2020 [consulté le 26 mars 2023]. Disponible sur: [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)

37. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane*. Avril 2017;20;4(4):CD011516.

## Annexe 1 : Modèle de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale selon l'OMS (Tunçalp 2015)



## Annexe 2 : Calendrier du suivi de l'étude

	Juillet – Décembre 2022	Janvier – Avril 2023	Mai 2023
Contrôle des données et analyse statistique	✓		
Rédaction du mémoire		✓	
Soutenance du mémoire			✓

## Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction des femmes par rapport au comportement des soignants en salle de naissance

<i>Une seule réponse par ligne : entourez la réponse la plus proche de votre expérience</i>				
En salle de naissance, lors de votre accouchement, vous diriez que :				
1. Les <b>informations transmises au cours du travail et de votre accouchement</b> ont été claires et adaptées :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
2. Vous avez été satisfaite de votre participation aux <b>décisions</b> :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
3. Les <b>soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse</b> :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
4. Les <b>mots</b> utilisés par l'équipe vous convenaient :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
5. Les <b>attitudes et comportements</b> de l'équipe ont été adaptés :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
6. Votre <b>douleur</b> a été prise en compte :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	
7. Votre <b>intimité a été respectée</b> :				
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	

## Annexe 4 : Maternités du réseau AURORE ayant participé à la base de données initiale en septembre 2018

1. Centre Hospitalier d'Ambérieu
2. Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
3. Centre Hospitalier du Haut Bugey, Oyonnax
4. Centre Hospitalier Ardèche Méridionale, Aubenas
5. Clinique Pasteur, Guilherand-Granges
6. Centre Hospitalier de Montélimar
7. Hôpitaux Drôme Nord, Romans
8. Centre Hospitalier de Valence
9. Centre Hospitalier P. Oudot, Bourgoin-Jallieu
10. Clinique St Vincent de Paul, Bourgoin-Jallieu
11. Centre Hospitalier Vienne
12. Polyclinique du Beaujolais, Arnas
13. Clinique du Val d'Ouest
14. Centre Hospitalier Givors
15. Hôpital de la Croix-Rousse
16. Hôpital Femme-Mère-Enfant, Bron
17. Hôpital Privé Natécia, Lyon
18. Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc
19. Centre Hospitalier Lyon Sud
20. Clinique Natécia Lyon Nord
21. Centre Hospitalier Sainte-Foy-Lès-Lyon
22. Clinique de l'Union, Vaulx-en-Velin
23. Centre Hospitalier de Villefranche
24. Clinique du Tonkin, Villeurbanne
25. Centre périnatal L'Arbresle, L'Arbresle

**Annexe 5 : Table de classement des « exposés » (avec péridurale) et des « non-exposés » (sans péridurale) selon le score de propension**

<b>Score de propension en catégories</b>	<b>Nombre de femmes avec analgésie péridurale</b>	<b>Nombre de femmes sans analgésie péridurale</b>	<b>Données manquantes</b>	<b>Total</b>
0-20	82	16	0	98
20-40	51	12	0	63
40-60	39	6	0	45
60-80	74	6	0	80
80-100	55	0	0	55
Données manquantes	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>341</b>

## Résumé

**Objectifs :** Évaluer l'association entre l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes en salle de naissance envers le comportement des soignants.

**Méthodes :** Étude transversale de type exposés/non exposés ancillaire à l'Étude du Vécu autour de l'Accouchement (Étude EVA) menée sur 25 maternités du réseau AURORE pendant une semaine en septembre 2018. Les groupes de femmes avec ou sans péridurale ont été constitués par un appariement sur score de propension. Le critère de jugement principal est la satisfaction de ces femmes à 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, participation dans la prise de décisions médicales. L'objectif secondaire était de décrire la fréquence ou les fréquences des comportements inappropriés par dimension. Les critères de jugement secondaires étaient donc les sept dimensions prises indépendamment les unes des autres.

**Résultats :** Les femmes satisfaites à l'ensemble des sept dimensions étaient 93% dans le groupe avec péridurale et 88% dans le groupe sans péridurale et cette différence n'était pas statistiquement significative. Cependant, concernant la dimension de la « prise en compte de la douleur » de la part des soignants il a été montré une association statistiquement significative ( $p=0,02$ ).

**Conclusion :** Notre étude ne montre pas d'association statistiquement significative entre l'analgésie péridurale et une meilleure satisfaction des femmes envers le comportement des soignants.

**Mots Clefs :** Vécu de l'accouchement – Analgésie péridurale – Comportement des soignants

## Abstract

**Objectives:** To evaluate the association between epidural analgesia and women's satisfaction towards the behavior of caregivers in the delivery room.

**Methods:** Cross-sectional exposed/unexposed study ancillary to the Study of Experiences Around Childbirth (EVA Study) conducted on 25 maternity units of the AURORE network during one week in September 2018. The groups of women with and without epidural were constituted by propensity score matching. The main criterion was the satisfaction of these women with all seven dimensions concerning the behavior of the caregivers: appropriate attitude, respect of intimacy, appropriate language, delicacy of care, clear and appropriate information, consideration of pain, participation in medical decision-making. The secondary objective was to describe the frequency or frequencies of inappropriate behavior by dimension. The secondary judgment criteria were the seven dimensions taken independently of each other.

**Results:** The women satisfied with all seven dimensions were 93% in the group with epidural and 88% in the group without epidural and this difference was not statistically significant. However, concerning the dimension of "consideration of pain" by the caregivers, there was a statistically significant association ( $p=0.02$ ).

**Conclusion:** Our study does not show a statistically significant association between epidural analgesia and a better satisfaction of the women towards the behavior of the caregivers.

**Key words:** Childbirth experience - Epidural analgesia - Caregivers' behaviour