

Seconde phase du travail : quel délai idéal pour les primipares sous analgésie péridurale?

Autor(en): **Dufour, Claire / Mosteau, Céline**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **113 (2015)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949638>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

tifier un signe clinique perturbé, toutes les fois où le *one-to-one* n'a pas été réalisé, les heures supplémentaires réalisées et les pauses non prises par les sages-femmes. Le relevé systématique de ces signes d'alarme permet d'en connaître les causes, d'examiner des solutions et d'ajuster la dotation.

Ces ruptures d'équilibre entre capacité et demande impliquent d'éviter la sur- ou la sous-dotation. Selon une étude anglaise (Siddiqui, 2014), il faudrait que l'effectif corresponde non pas à la moyenne de la demande (percentile 50) mais au percentile 80 pour éviter la sous-dotation et les risques y relatifs.

En résumé, on peut dire que les dotations doivent être adossées à des modèles de soins explicites visant à promouvoir la qualité et la sécurité des soins, compatibles avec l'innovation et l'adaptation aux besoins de la population desservie. Le moral et l'absentéisme du personnel doivent aussi être considérés. Les coûts non directement liés aux soins doivent être distingués. Les données servant à établir les dotations doivent être accessibles et le personnel doit être inclus dans les démarches. Et il est bon de garder en mémoire que des dotations trop faibles conduisent à une inefficacité financière.

Références

- Aiken, L. H. et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824-1830 doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Birth Rate Plus www.birthrateplus.co.uk
- Clark, J. et Lang, N. (1992) Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), 109-111, 128.
- Cignacco, E. et Georg, J. (2010) Diagnostics par les sages-femmes. Réflexions pour un débat urgent. *Sage-femme.ch*, 3: 4-7.
- Cookson, G. et al. (2014) The cost effectiveness of midwifery staffing and skill mix on maternity outcomes. The University of Surrey. UK.
- Fowler, D. et Lister, V. (2015). Board Briefing Paper on the Birthrate Plus review of HHCT Maternity Services www.hinchingbrooke.nhs.uk
- NICE (2015) Safe midwifery staffing for maternity settings. www.nice.org.uk
- NICE (2014) CG 190: intrapartum care for healthy mothers and their babies during childbirth. www.nice.org.uk
- Sandall, J. et al. (2014) The efficient use of the maternity workforce and the implications for safety and quality in maternity care: a population-based, cross-sectional study. *Health Services and Delivery Research*, 2(38).
- Siddiqui, I. et al. (2014) Health services research: Developing Objective Metrics for Unit Staffing (DOMUS) study. *BMJ Open*, 4:9 e005398 doi:10.1136/bmjopen-2014-005398.

Seconde phase du travail: quel délai idéal pour les primipares sous analgésie péridurale?

Laisser du temps au temps, c'est aussi garantir une qualité du travail de la sage-femme. Deux étudiantes de Genève ont montré dans un travail de bachelor que ce qui est important, ce n'est pas de s'en tenir à une durée inflexible de la seconde phase du travail, mais d'évaluer la bonne évolution de la situation au cours de cette phase pour laisser du temps au temps quand on le juge nécessaire.

Claire Dufour, Céline Mosteau

La seconde phase du travail (SPT) est la période allant du diagnostic de dilatation complète à la naissance de l'enfant. Le NICE(2014) la divise en deux étapes: la seconde phase passive, de la dilatation complète au moment qui précède les efforts de poussée, et la seconde phase active, correspondant aux poussées, qu'elles soient volontaires ou réflexes.

Les enjeux de la seconde phase du travail

L'introduction de l'analgésie péridurale en obstétrique a été à l'origine de nombreux changements dans le déroulement du travail, et notamment l'allongement de la SPT (Cheng, 2014). Les équipes obstétricales ont alors dû prendre en compte ces nouveaux éléments et adapter

leurs conduites à tenir. En pratique, tout l'enjeu réside dans le fait de laisser suffisamment de temps pour permettre un accouchement spontané, tout en assurant le bien-être materno-fœtal, et en évitant les interventions inutiles (par exemple, une instrumentation motivée uniquement après un temps défini de poussée, alors que le RCF est R-NP).

Cette étape requiert souvent toute l'attention de la sage-femme, car prolonger la SPT est fréquemment considéré comme dangereux, notamment pour l'adaptation néonatale, motivant parfois une intervention médicale (césarienne et instrumentation) sans raison médicale ou

Auteurs



Claire Dufour, sage-femme à l'hôpital Riviera-Chablais, Vevey

Céline Mosteau, sage-femme, actuellement en congé maternité

Quels sont les effets de la durée de la seconde phase du travail sur les issues materno-fœtales, chez les femmes primipares sous analgésie péridurale?

Revue de littérature sur la base des cinq articles suivants:

1. Fraser, W. D. et al. (2000). Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(5), 1165–1172.
2. Laughon, S. K. et al. (2014). Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstetrics and gynecology*, 124(1), 57–67
3. Le Ray, C. et al. (2009). When to stop pushing: effects of duration of second-stage expulsion efforts on maternal and neonatal outcomes in nulliparous women with epidural analgesia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(4), 361. 1–7.
4. Naime-Alix, A.-F. et al. (2008). Combien de temps peut-on attendre à dilatation complète? Analyse de la morbidité maternelle et fœtale selon la durée de la seconde phase du travail chez la primipare. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 37(3), 268–275.
5. Rouse, D.J. et al. (2009). Second-stage labor duration in nulliparous women: relationship to maternal and perinatal outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(4), 357. 1–7.

Travail de bachelor présenté par Claire Dufour et Céline Mosteau, Haute école de santé de Genève, 2015, 157 p.

clinique. Nous avons aussi remarqué que certaines sages-femmes jouent avec ce temps de la SPT, par exemple en retardant le diagnostic de dilatation complète.

Ainsi, la prise en charge de cette étape reste source de nombreux dilemmes pour les équipes, d'autant plus qu'il n'existe pas de consensus concernant une durée optimale à lui accorder, qu'il s'agisse de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO), ou d'autres sociétés savantes au niveau international. Cela laisse alors la pleine liberté aux équipes médico-soignantes et aux institutions de décider de la durée accordée aux femmes pendant la SPT. Ceci est d'autant plus important que les sages-femmes sont en première ligne du suivi du travail physiologique, et garantes de ce temps de l'accouchement.

Dans notre revue de littérature (voir encadré), nous avons voulu étudier les conséquences materno-fœtales d'une SPT prolongée chez les primipares sous analgésie péridurale, car il s'agit de deux facteurs qui augmentent la durée de cette phase (Myles & Santolaya, 2003; Gomar & Fernandez, 2000). C'est aussi pour ces femmes que l'issue de l'accouchement est la plus incertaine.

Les résultats

L'analyse des articles retenus a montré que le diagnostic d'une SPT prolongée et la décision de l'abrégé restent souvent basés sur des critères arbitraires, selon des pratiques traditionnelles routinières plutôt que sur des données probantes. En effet, prolonger la durée de la SPT a toujours été considéré par les équipes comme potentiellement risqué, motivant une intervention après une certaine durée, parfois sans raison clinique ou médicale. Les cinq articles (voir encadré) de la revue de littérature se sont penchés sur la question des bénéfices et des risques qu'il pourrait y avoir à prolonger cette phase chez les primipares sous analgésie péridurale.

Prolonger la SPT jusqu'à trois heures permet de:

- favoriser la descente à travers la filière pelvienne des présentations encore hautes lors du diagnostic de dilatation complète, et donc de diminuer le temps de poussée active;
- augmenter le taux d'accouchement spontané par voie basse et diminuer les interventions médicales;
- tout cela sans impact sur les complications néonatales, contrairement à une extraction par forceps ou la réalisation d'une césarienne.

Ainsi, la SPT prolongée n'est pas nécessairement synonyme de morbidité néonatale augmentée et de mauvaise adaptation néonatale, toujours dans un contexte de surveillance fœtale accrue. Il ne semble donc pas justifié d'abrégé le travail de l'accouchement de façon arbitraire, par peur d'une éventuelle souffrance fœtale.

Cependant, au-delà de trois heures, il y a:

- une inversion des issues obstétricales entre accouchement spontané par voie basse et intervention médicale;
- une augmentation des morbidités maternelles: chorio-amniotites, endométrites, déchirures du 3^e degré et du 4^e degré, hémorragies du post-partum, fatigue maternelle augmentée.

De plus, les conséquences à long terme de cette phase de travail excessivement prolongée restent inconnues: incontinence urinaire ou anale, prolapsus, altération du développement cérébral chez l'enfant.

La discussion

L'absence de consensus laisse libre-court aux institutions de régir elles-mêmes la durée de la SPT, ne laissant parfois pas la possibilité de la prolonger, même si le bien-être materno-fœtal est assuré. De par l'absence de consensus et l'inflexibilité de certains protocoles hospitaliers, on pourrait penser que le problème réside dans le fait de pratiquer plus rapidement une instrumentation ou une césarienne afin de minimiser les risques potentiels liés à une SPT prolongée. Aussi, on peut se poser la question de savoir si derrière la pratique d'une instrumentation ou d'une césarienne au-delà du temps «autorisé» par l'institution, ne se cache pas la question de la responsabilité médico-légale, et la crainte du procès en cas de complication attribuable à une SPT trop longue.

En conclusion, la question est alors de savoir si la baisse du taux d'accouchement spontané par voie basse – et donc l'augmentation du taux d'instrumentations et de césariennes – ne serait pas imputable à la durée de la SPT, sans raison médicale ou clinique. Si tel est le cas, cela signifie qu'une intervention médicale est le mot d'ordre une fois une certaine durée de SPT écoulée.

Il faut ainsi mettre en balance les bénéfices et les risques d'une SPT prolongée versus une intervention médicale insuffisamment justifiée, toujours en tenant compte du choix éclairé des patientes. Bien sûr, cela ne s'applique pas quand la situation est déjà critique (souffrance fœtale aiguë, par exemple).

Propositions pour la pratique sage-femme

Ce travail a révélé trois axes sur lesquels la sage-femme a pleinement son rôle à jouer pour favoriser un accouchement physiologique, et défendre son autonomie.

Agir sur certains facteurs permettant de limiter la durée de la SPT

L'analgésie péridurale

- Trouver un juste milieu entre soulagement des douleurs et conservation des fonctions motrices.
- Favoriser l'utilisation d'une analgésie péridurale déambulatoire ou d'une péridurale autocontrôlée.

Les postures maternelles

- Proposer à la femme, dans tous les stades du travail, de s'étirer, se mouvoir en se balançant, changer fréquemment de position et utiliser l'asymétrie.
- Lors de la SPT, encourager la mère à adopter des postures variées et une position différente que la position gynécologique «classique» pour la phase de poussée active.

Les types de poussées actives

- Encourager la femme à suivre ses ressentis. Permettre à la femme d'attendre le moment opportun et l'encourager à débiter les efforts de poussées spontanément lorsque l'envie lui vient. En l'absence de sensation, la guider dans les poussées actives.

Anticiper, identifier, collaborer en interdisciplinarité

- Identifier et prévenir les difficultés prévisibles, savoir faire appel aux professionnels compétents au moment nécessaire.
- En dehors des situations d'extrême urgence, discuter les conduites à tenir en fonction de la situation et du contexte.
- Conserver notre bon sens, notre capacité de jugement et notre sens clinique, et ajuster notre pratique au cas par cas, en assurant une prise en soin global.

L'accompagnement pour un meilleur vécu

- Être là pour guider et orienter, et non diriger, dans les situations physiologiques.
- Privilégier l'autonomie de la femme et favoriser sa participation aux décisions. Si cela n'est possible, expliquer au couple une éventuelle prise de décision médicale (exemple : instrumentation).
- Rester la référente privilégiée de la femme en travail, essayer de créer un lien de confiance avec la femme, notamment avant le début des poussées actives.
- Favoriser un accompagnement personnalisé.
- Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, préparer les couples à la SPT, pour leur permettre de garder le contrôle de la situation et de participer activement aux décisions, améliorant ainsi le vécu.

.....

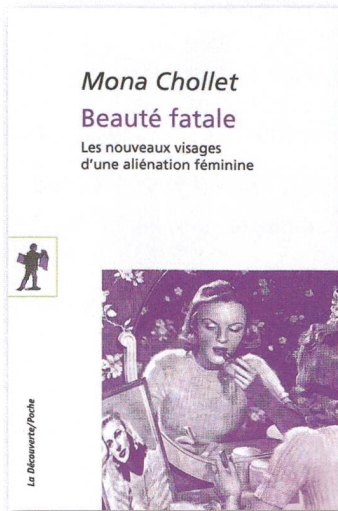
Références

- Cheng, Y. W. et al. (2014) Second stage of labor and epidural use: a larger effect than previously suggested. «Obstetrics and gynecology», 123(3), 527–535. <http://doi.org/10.1097/AOG.000000000000134>
- Gomar, C. et Fernandez, C. (2000) Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. «European journal of anaesthesiology», 17(9), 542–558. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2346.2000.00733.x>
- Myles, T. D. et Santolaya, J. (2003) Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. «Obstetrics and gynecology», 102(1), 52–58. Accès www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850607
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014) Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Accès www.nice.org.uk/guidance/cg190

Mona Chollet

Beauté fatale

Les nouveaux visages d'une aliénation féminine



Ed. de Boeck
2^e édition, 2014, 188 p., CHF 28.–
ISBN 2-80418817-7

D'un contexte culturel à l'autre, les femmes restent – sans le savoir et souvent sans pouvoir y réagir – étrangères à elles-mêmes: c'est ce qu'on appelle «aliénation féminine». L'auteure multiplie les analyses de séries télévisées, de films ou de romans, mais aussi les critiques de blogs, de publicités et de potins mondains relayés par la presse féminine. Elle montre ainsi à quel point la plupart des femmes d'aujourd'hui sont sensibles au matraquage de normes inaccessibles de «look» et de «beauté» qui les amènent inévitablement à avoir honte de leur corps et le considérer sans cesse comme leur pire ennemi.

Les sages-femmes seront peut-être déçues car, dans ces pages, il est très peu question de grossesse et d'accouchement. Il faut en effet attendre la page 156 pour apprendre brièvement ce qu'est une «mommyrexic», à savoir une adepte de ce mouvement lancé par des vedettes américaines qui jubilent pour avoir atteint le terme de leur grossesse sans prendre le moindre gramme. Pas étonnant, dans un tel contexte culturel, de voir les femmes réclamer spontanément une césarienne de convenance en cours de grossesse déjà ou au moins une péridurale dès les premières contractions. On comprend aussi mieux pourquoi si peu de femmes mesurent les enjeux d'une connaissance – théorique et pratique – de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement.

Ainsi, Mona Chollet nous entraîne dans un monde que nous connaissons bien, trop bien peut-être, pour en mesurer toutes les contradictions et dénicher leurs véritables racines. La peur panique de la confusion des genres, tout comme l'injonction faite aux femmes de paraître et de séduire «à tout prix» (au sens propre comme au figuré), revient régulièrement dans sa démonstration et souvent de manière inattendue. Elle suggère comment garder une vigilance soutenue face à toutes ces menaces de culpabilité, de négation de soi et, au final, de violences faites aux femmes pour qu'elles nient leur corps – pire qu'elles le détestent. Et cela dès leur plus tendre enfance.

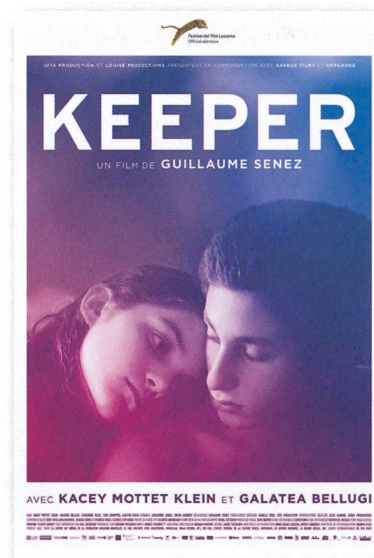
Ce qui rend toute beauté «fatale», puisqu'elles risquent de finir par mourir... sans avoir vécu du fait d'être obsédée par une «beauté» inatteignable. En multipliant les exemples, Mona Chollet, qui est aussi journaliste au Monde diplomatique, invite à résister à la haine de soi, à réveiller le lien avec l'intime et avec les profondeurs de l'être, bref à vivre tout simplement.

Au fil des pages, on comprend enfin mieux pourquoi il est si difficile – depuis quelques années – de prétendre que notre corps peut devenir notre meilleur allié et pourquoi les sages-femmes se sentent parfois totalement «à contre-courant» dans un univers mental qui ignore tout de la physiologie des femmes.

Josianne Bodart Senn

Sur nos écrans

«Keeper»



Réalisé par
Guillaume Senez
Belgique/Suisse 2015
95 minutes

Pas un mot sur l'épisode de l'accouchement, pas de personnage de sage-femme... Et pourtant, ce film est à recommander parce qu'il montre très bien comment naît la paternité, même quand le père n'a que 15 ans, et il met en évidence toutes les nuances de cette expérience fondamentale.

Les personnages principaux, Maxime et Mélanie, s'aiment. Ensemble, ils explorent, avec amour et maladresse, leur sexualité. Un jour, Mélanie apprend qu'elle est enceinte. Maxime accepte mal la nouvelle mais peu à peu se conforte dans l'idée de devenir père. Il convainc alors Mélanie de garder l'enfant, mais leurs parents respectifs ne l'entendent pas de cette oreille...

Pour Guillaume Senez, il était hors de question pour lui de faire de *Keeper* un film à message prenant position pour ou contre l'avortement ou l'adoption: «Mon but est simplement de montrer les choses comme elles existent. Libre ensuite aux gens d'en débattre.»

Josianne Bodart Senn