

L'analgésie péridurale (APD), pour et contre :se donner le choix.

Malgré l'évolution de la technique, l'APD reste un geste délicat et la réaction des femmes aux analgésiques peut être variable d'une personne à l'autre. L'anesthésie qui au début immobilisait presque complètement le bas du corps est devenue une analgésie qui peut, dans certains cas, autoriser la déambulation.

Le but de l'APD est d'analgésier les nerfs sensitifs pour amoindrir la sensation douloureuse. L'inconvénient est qu'elle atteint aussi les nerfs moteurs en amoindrissant la contractilité de l'utérus et des autres muscles intervenants lors de l'accouchement (dont les abdominaux indispensables au réflexe expulsif et les psoas indispensables à la flexion et à la rotation du bébé). L'injection d'ocytocine remédiera uniquement à la diminution de la contractilité utérine. Il en découle des conséquences fréquentes qui sont le ralentissement du travail pour difficulté de flexion, de rotation du bébé et recours aux extractions instrumentales pour pallier à la déficience du réflexe expulsif.

Pourquoi l'APD s'est-elle répandue si facilement ? Nous sortons de longs siècles de soumission de la femme face à la douleur avec cette punition « Tu enfanteras dans la douleur ! ». Des recherches¹ publiées en 1991 ont démontré que la douleur génère de l'angoisse qui entraîne elle-même toute une liste de désordres débouchant sur une souffrance fœtale. La conclusion est de chercher à supprimer la douleur. D'autres recherches² démontrent que si la femme n'est pas angoissée, elle sécrète des endorphines, qui sont des anti-douleurs, qui favorisent le lâcher prise, l'ouverture et donc l'enfantement. Cet état de lâcher prise lui permet de s'adapter à la douleur qui devient ainsi acceptable.

Il est certain que si une femme se trouve dans le cadre de la première étude, avec de fortes sécrétions d'hormones de stress, son accouchement sera laborieux, son enfant peut en pâtir, elle peut en souffrir et leur relation peut en être fragilisée. L'APD sera donc une solution à ne pas négliger. Par contre, dans le cadre de la 2^{ème} étude, il conviendrait de ne pas perturber cette femme (car toute perturbation peut la faire sortir de son processus physiologique) afin de préserver ses sécrétions hormonales. Il se trouve que celles-ci ont une action mécanique connue (contractilité pour l'ocytocine, lâcher prise pour les endorphines) mais aussi une action comportementale. L'ocytocine favorise la capacité d'aimer, les endorphines renforcent l'attachement, elles entraînent aussi la sécrétion de prolactine qui développe l'instinct maternel. Toute injection d'hormone de synthèse perturbe cela. Heureusement, nous sommes humains et donc capables de réparer bien des choses. Mais quelles seront les conséquences à long terme de ces perturbations de l'enfantement et de la naissance ?³

A quoi répond l'APD ? Elle répond à des questions très diverses : « j'ai peur (de la douleur, de devenir maman, de ne pas être à la hauteur, de mourir,...) ; je me sens seule ; je ne comprends pas ; je ne me sens pas prête ... ». Les questions sont multiples, la réponse est unique. Mais est-ce vraiment une réponse ou simplement une façon de voiler la question ?

Bon nombre de témoignages de mères m'amènent à constater qu'il y a des accouchements sans douleur parce que "sous anesthésie", mais qui ne sont pas "sans souffrance"! Et, bien souvent, cette souffrance n'est pas exprimée, elle est profondément enfouie : c'est souvent une question restée sans réponse.

Ne serait-il pas temps de se poser la question : qu'est-ce que l'enfantement ? Quel sens a cette douleur si peu ordinaire ? Comment s'y préparer ? Comment l'accompagner ?

Sans négliger non plus : comment accompagner un accouchement sous APD ?

Comment permettre aux parents de faire leur choix et les accompagner dans celui-ci ?

¹ étude parue en 1991 dans les Dossiers de l'Obstétrique et reprise en 1995 lors d'un colloque intitulé "Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?"

² Primal Health Research vol9 n°372, Savernake Road London NW3 2JR

³ lire « le fermier et l'accoucheur » de M. Odent aux éditions Médecis

Actuellement les mères ne sont plus préparées à devenir mère, car elles ont rarement partagé cette expérience dans leur famille ou avec une amie. L'enfantement a quitté le domaine familial pour rentrer dans le domaine médical. La femme est trop souvent prise en charge au détriment de l'écoute instinctive de son savoir inné. Elle aborde l'accouchement sans s'attendre à être autant bousculée. Devant l'expression de sa difficulté la sage-femme a facilement tendance à proposer l'APD alors que bien souvent la femme aurait besoin d'une réassurance, d'un soutien, d'être renforcée dans sa capacité à enfanter. Parfois elle la demande parce qu'elle a peur, si elle attend encore que ce soit trop tard. Mais si c'est trop tard, cela ne signifie-t-il pas que c'est qu'elle a gagné ?

Il est peut-être urgent que nous réalisions le pourquoi de ce recours à l'APD, que nous acceptions d'en regarder les conséquences à court et à long terme, que nous développions des alternatives qui permettent à la mère d'être confortée dans ses compétences à mettre son enfant au monde et donc à l'accompagner dans la vie. Peut-être que cela nous permettrait de retrouver le sens profond de notre métier.

Maïtie TRELAUN