

L'anesthésiste-réanimateur doit-il exiger la présence de l'obstétricien lors de la mise en place d'une analgésie péridurale durant le travail ?

Texte commun SFAR / CNGOF (Septembre 2000)

Cette question est récurrente lors de toutes les réunions concernant l'anesthésie obstétricale, et il faut d'emblée noter que nous raisonnons le plus souvent sur des données anciennes tant réglementaires que scientifiques.

Nous sommes à l'heure actuelle confrontés à une situation contradictoire. D'un côté, dans le cadre de la prise en charge de la douleur du travail, l'analgésie péridurale demandée par la patiente, et admise au sein de l'équipe, est extrêmement fréquente dans certains établissements, les indications médicales étant désormais les moins nombreuses ; de l'autre côté, il ne faut pas accorder plus d'importance qu'ils n'en méritent aux termes de la circulaire DGS/SDO/OA n° 38 du 29 juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes, cette circulaire précisant que "l'indication et la demande d'analgésie obstétricale doivent être faites par l'obstétricien". Il est donc nécessaire de préciser les termes d'indication et de demande.

De fait, le terme d'indication peut avoir plusieurs sens. Au sens strict, l'indication d'un acte ne peut être posée que par celui qui réalise cet acte. A titre d'exemple, si un médecin peut estimer une intervention chirurgicale nécessaire (comme un rhumatologue la mise en place d'une prothèse de hanche), l'indication opératoire est portée par le chirurgien auquel la demande est faite. Dans ce sens, seul l'anesthésiste-réanimateur peut poser l'indication de l'analgésie péridurale. Mais le terme d'indication peut également avoir un sens large, comme dans le chapitre "indications thérapeutiques" des ouvrages médicaux. Dans ce sens, l'obstétricien peut demander une analgésie péridurale pour des raisons médicales, mais pas la sage-femme puisque ceci présuppose que le travail ou la grossesse étant anormal ceci sort de ses compétences

En outre une demande d'acte peut émaner de différentes personnes. Il en est ainsi de la demande d'analgésie péridurale, qui émane avant tout de la parturiente elle-même, mais peut être transmise par quelqu'un d'autre, notamment la sage-femme. Cette demande ne peut alors avoir d'autre justification que la prise en charge de la douleur du travail.

Il ne nous revient pas de faire l'exégèse des termes de la circulaire précédemment citée, mais ceux-ci semblent plutôt se rapporter aux rares indications anciennes dites "obstétricales" de l'analgésie péridurale, faisant référence à l'époque où seule cette justification thérapeutique était officiellement admise par les autorités de tutelle. Si nous analysons les causes réelles de la question posée, elles nous paraissent être triples : crainte sécuritaire, crainte judiciaire et problèmes d'entente au sein de l'équipe.

Crainte sécuritaire

La crainte sécuritaire repose sur le risque que l'analgésie péridurale puisse entraîner une souffrance foetale aiguë. Ce risque, pour exceptionnel qu'il soit, mérite d'être analysé. D'une part sa probabilité est nettement inférieure à celle de toutes les autres causes de souffrance foetale inopinée survenant au cours du travail et requérant l'intervention de l'obstétricien. Celles-ci justifient la préférence pour que les accouchements aient lieu dans des maternités disposant d'une présence obstétricale permanente. Mais, si cette organisation n'est pas possible, l'analgésie péridurale ne modifie pas sensiblement le problème : c'est d'ailleurs ce qui a permis son développement. D'autre part, en cas de complication maternelle, la personne qui intervient est formée à l'anesthésie-réanimation

Dans une structure où l'obstétricien n'est pas dans l'obligation d'être présent sur le site (cf. annexe en fin de texte) le médecin anesthésiste-réanimateur se trouve alors effectivement seul avec la sage-femme, qui est habilitée à surveiller un travail normal, et à pratiquer l'accouchement. Dans ces conditions, l'obstétricien en charge de l'accouchement et averti par la sage-femme de la présence dans l'établissement de la patiente en travail et de toute anomalie survenant au cours du déroulement du travail, intervient dans les conditions prescrites par le décret 98-900 du 9 octobre 1998, c'est à dire "dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité". Si l'organisation au sein de l'établissement ne permet pas une présence obstétricale permanente, la responsabilité de cette organisation ne peut incomber à l'anesthésiste-réanimateur : elle revient à l'obstétricien et à l'établissement

Le décret 98-800 du 9 octobre 1998 prescrit une consultation pré-anesthésique pendant le dernier trimestre de la grossesse (Art. D. 712-75,3°) : lors de cette consultation le médecin anesthésiste-réanimateur informe les patientes des avantages et des risques de l'analgésie péridurale et en accepte le principe. Pendant le travail, le médecin anesthésiste-réanimateur, muni d'informations fournies par l'équipe obstétricale, décide de pratiquer celle-ci après réactualisation des données de la consultation pré-anesthésique. Pour ce qui concerne ces informations obstétricales, elles peuvent être fournies à l'anesthésiste-réanimateur par la sage-femme, dès lors qu'elles sont normales. L'existence connue ou l'apparition d'une pathologie maternelle ou foetale doit être signalée à l'obstétricien, mais aussi au médecin anesthésiste-réanimateur qui est seul juge de la réalisation de l'analgésie péridurale. Dès lors que l'anesthésiste-réanimateur est informé d'une anomalie par la sage-femme, il doit s'assurer que l'obstétricien en a été prévenu puisqu'il n'est pas dans son domaine de compétence de prendre des décisions obstétricales.

Crainte judiciaire

Elle nous paraît reposer sur deux points : la circulaire de 1992 qui dit que "l'indication et la demande d'analgésie obstétricale doivent être faites par l'obstétricien", et le fait que le médecin anesthésiste-réanimateur, en cas de problèmes per-partum et en l'absence de tout autre médecin, peut être considéré comme le maître d'oeuvre de l'accouchement.

Dans la majorité des cas, c'est la parturiente qui réclame une analgésie, l'anesthésiste-réanimateur en accepte le principe ou le refuse en fonction des données médicales des consultations spécialisées pratiquées pendant le troisième trimestre de la grossesse dans l'établissement où est prévu l'accouchement (décret 98-900 du 9 octobre 1998, Art. D. 712-75, 3°). S'il existe au moment de l'accouchement un événement obstétrical nouveau, celui-ci doit être transmis à l'obstétricien et à l'anesthésiste-réanimateur par la sage-femme et, s'il apparaît une contre-indication absolue à la réalisation d'une analgésie péridurale, celle-ci n'est jamais spécifique à l'obstétrique mais est surtout une contre-indication anesthésique.

Il nous paraît souhaitable qu'un nouveau texte officiel précise ces différents points autrement que par le libellé de la circulaire de 1992 déjà citée : le CNGOF et la SFAR pourraient en être les initiateurs. En attendant il est toujours possible de faire figurer dans le dossier obstétrical, lors de la consultation du dernier trimestre, la mention "analgésie péridurale acceptée". Dans ces conditions, la sage-femme qui appelle l'anesthésiste-réanimateur en vue de la mise en route d'une analgésie péridurale, ne pose pas l'indication de celle-ci mais transmet la demande de la parturiente. Plus que la présence effective, ce sont les conditions d'appel et d'intervention des membres de l'équipe qui peuvent être précisés dans une charte de bloc obstétrical dont les participants sont les obstétriciens, les sages-femmes, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres et des représentants de l'administration de l'établissement de soins. Si les délais d'intervention de l'obstétricien n'étaient pas compatibles avec l'impératif de sécurité, les parturientes ne pourraient avoir recours à une analgésie péridurale.

Entente au sein de l'équipe

Les métiers d'anesthésiste-réanimateur et d'obstétricien comportent des contraintes, en particulier nocturnes. Les deux spécialités doivent oeuvrer pour la sécurité et le bien-être de la parturiente. Dans tous les cas, pour atteindre ces objectifs, la communication doit s'instaurer dans l'équipe, la réflexion étant formalisée sous la forme d'une charte du bloc obstétrical.

En conclusion

L'indication de l'analgésie péridurale est portée par l'anesthésiste-réanimateur, généralement à la demande de la patiente. Ce processus débute en consultation pré anesthésique. Au cours de celle-ci, outre les informations médicales, sont fournies des renseignements organisationnels précisant clairement l'accès à l'analgésie péridurale dans l'établissement considéré.

Il est de la responsabilité des obstétriciens, informés par les sages-femmes de l'entrée et du déroulement du travail des patientes, de décider si leur présence est justifiée, et ceci indépendamment de toute technique d'analgésie. La présence systématique de l'obstétricien n'est pas justifiée du seul fait de la mise en place d'une analgésie péridurale, lorsqu'on s'adresse à une patiente normale ayant mené une grossesse sans problème et dont le travail est normal. Mais il doit avoir été prévenu par la sage-femme et pouvoir intervenir dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

L'existence connue ou l'apparition d'une pathologie maternelle ou foetale doit être signalée à l'obstétricien mais aussi au médecin anesthésiste-réanimateur qui est seul juge de la réalisation de l'analgésie péridurale. Dans une telle

situation, la présence de l'obstétricien peut se justifier, et les modalités de la prise en charge de la patiente se discuter au cas par cas entre obstétricien et anesthésiste-réanimateur.

Il est vivement recommandé d'établir une charte de fonctionnement du bloc obstétrical abordant ces problèmes. Nous sommes conscients que ce texte, s'il peut aider certains de nos collègues anesthésiste-réanimateurs ou obstétriciens, ne pourra faire disparaître à lui seul les dissensions importantes qui existent au sein de certaines équipes, problèmes que les différents protagonistes doivent résoudre dans l'intérêt des patientes.