



HAL
open science

Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

Vanessa de Freitas

► **To cite this version:**

Vanessa de Freitas. Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00665975

HAL Id: dumas-00665975

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00665975>

Submitted on 3 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen**

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**Satisfaction de la primipare accouchant sous
analgésie péridurale au Centre Hospitalier
Universitaire de Rouen :**

Etude de 100 patientes

Mémoire présenté par
Mademoiselle Vanessa DE FREITAS
Née le 23 janvier 1984

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2008**

Je remercie Madame Rachet, médecin anesthésiste-réanimateur à la maternité du CHU, pour sa grande disponibilité, son soutien tout au long de cette étude, ses encouragements et sa patience. Merci d'avoir consacré autant de temps pour cette étude.

Je remercie Monsieur Petit, médecin anesthésiste réanimateur, directeur de la qualité, CHU-Hôpitaux de Rouen. pour ses précieux conseils lors de l'élaboration de cette enquête de satisfaction.

Je remercie Madame Blandin, sage-femme enseignante à l'école de Rouen, pour l'aide apportée durant ce mémoire ainsi que pour ses encouragements et sa disponibilité.

Je remercie mes parents et mon frère, Alexandre, pour leurs encouragements et leur amour.

Je remercie Johann, pour son amour, son soutien, son aide et surtout pour sa patience durant toute ma scolarité.

Je remercie mes amis, plus particulièrement Diane et Hélène pour leur soutien et leur aide durant cette dernière année.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	p.1
----------------------------	------------

<u>REVUE DE LA LITTERATURE</u>	p.2
---------------------------------------	------------

<u>1. La douleur</u>	p.2
-----------------------------	------------

<u>1.1. Définition de la douleur en obstétrique</u>	<u>p.2</u>
-----------------------------------------------------	------------

<u>1.2. Histoire de la douleur en obstétrique</u>	<u>p.2</u>
---------------------------------------------------	------------

<u>1.3. Physiopathologie de la douleur</u>	<u>p.3</u>
--------------------------------------------	------------

<u>1.4. Facteurs influençant la douleur durant l'accouchement</u>	<u>p.4</u>
-------------------------------------------------------------------	------------

<u>1.5. Conséquences de la douleur</u>	<u>p.5</u>
----------------------------------------	------------

<u>1.6. Prémices de la prise en charge de la douleur</u>	<u>p.5</u>
----------------------------------------------------------	------------

<u>2. L'analgésie péridurale</u>	p.6
-----------------------------------------	------------

<u>2.1. Historique</u>	<u>p.6</u>
------------------------	------------

<u>2.2. Législation et compétences des sages-femmes</u>	<u>p.7</u>
---------------------------------------------------------	------------

<u>2.3. Anesthésie péridurale: définition et anatomie</u>	<u>p.8</u>
-----------------------------------------------------------	------------

<u>2.4. Technique et entretien</u>	<u>p.8</u>
------------------------------------	------------

<u>2.5. Substances utilisées</u>	<u>p.9</u>
----------------------------------	------------

<u>2.6. Contre-indications médicales</u>	<u>p.10</u>
------------------------------------------	-------------

<u>2.7. Complications</u>	<u>p.10</u>
---------------------------	-------------

<u>2.8. Incidence sur le déroulement du travail</u>	<u>p.13</u>
-----------------------------------------------------	-------------

<u>2.9. Méthode d'évaluation de la douleur</u>	<u>p.15</u>
------------------------------------------------	-------------

<u>3. Satisfaction: naissance et évaluation</u>	p.16
<u>3.1. Définition de la satisfaction</u>	p.16
<u>3.2. Naissance de la satisfaction</u>	p.16
<u>3.3. Evaluation de la demande</u>	p.17
<u>3.4. Evaluation de la satisfaction des parturientes</u>	p.18
<u>3.5. Facteurs influençant la satisfaction</u>	p.19

ETUDE **p.21**

1. Objectifs de travail et méthode utilisée **p.21**

1.1. Les objectifs p.21

1.2. La méthode et le choix de la population p.21

2. Validation du questionnaire et réalisation de l'enquête **p.23**

3. Le questionnaire **p.23**

3.1. Première partie du questionnaire : p.23
destinée aux patientes

3.2. La grille d'étude : données concernant la patiente p.26

4. Tests statistiques utilisés **p.27**

5. Résultats

p.28

5. 1. Caractéristiques de la population p.28

5.2. Déroulement de la grossesse p.31

5.3. Déroulement de l'accouchement avant la pose de l'APD p.33

5.4. Conditions de pose de l'APD et efficacité p.39

5.5. Phase d'expulsion p.43

5.6. Durée et direction du travail p.47

5.7. Indice de satisfaction global et désir pour un prochain p.48

accouchement

DISCUSSION

p.50

CONCLUSION

p.59

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

L'analgésie péridurale est reconnue par tous comme étant la méthode la plus efficace pour la prise en charge de la douleur, lors de l'accouchement.

D'après l'enquête de périnatalité 2003, la France fait partie des pays développés les plus avancés quant à l'utilisation de l'analgésie péridurale. A cette date, on y réalise plus de 63% des accouchements avec cette technique(106). Les publications rapportent 40% d'utilisation de l'analgésie péridurale en Allemagne, 30% en Suède, 20-25% au Royaume-Uni, 10 % aux Pays-Bas. Presque deux tiers des femmes américaines ont bénéficié d'une analgésie péridurale, dont 59% accouchant voie basse. Au Canada, on retrouve un taux d'utilisation de 50% de cette méthode lors d'accouchement voie basse (12).

A la clinique obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (CHU), le pourcentage d'analgésie péridurale (APD) s'élevait à 70,33% en 2003 et 68,40% en 2006 (Annexe I) (110). Ces chiffres correspondent à toutes les analgésies péridurales réalisées en salle de naissance quelque soit l'issue de l'accouchement. Il s'agit donc d'une méthode fréquemment pratiquée dans ce service.

En tant que future sage-femme, soucieuse de la prise en charge du soulagement de la douleur chez la parturiente lors de l'accouchement, il me semble intéressant d'évaluer l'indice de satisfaction des femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale.

Nous nous sommes donc intéressés aux données de la littérature. Par la suite, nous avons réalisé une étude prospective au sein de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen, afin de confronter dans un premier temps, nos résultats aux données de la littérature, puis dans un second temps nous avons tenté de déterminer les causes d'insatisfaction afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de cette douleur et de son vécu.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. LA DOULEUR

La douleur de l'enfantement est unanimement reconnue. Face à celle-ci, nous devons mettre à disposition de la femme tous les outils pouvant la soulager. A l'heure actuelle, la prise en charge de cette douleur est possible, mais cela n'a pas toujours été le cas.

1.1. Définitions de la douleur en obstétrique

En 1979, l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur définit le caractère pluridimensionnel et plurifactoriel de la douleur: « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage.* » L'ampleur de la composante affective est influencée par l'expérience du passé (la mémoire) et le contexte présent (les éléments cognitifs).

1.1. Histoire de la douleur en obstétrique

Compagne de l'Homme depuis l'origine de la vie, la douleur est décrite dans toutes les civilisations, quels que soient les lieux et les époques. Dans les plus anciens manuscrits médicaux apparaissent deux champs classiques de la douleur : chez la femme, la douleur est obstétricale. Chez l'homme, c'est la douleur de la guerre, douleur des blessures et des amputations.

Dans un passé très lointain, on tentait déjà de soulager les douleurs provoquées par l'accouchement, en employant diverses substances, les textes anciens chinois parlent de l'usage d'opiacés, tandis qu'en Europe, les femmes s'en remettaient à des potions à base de mandragore, de chanvre, de pavot et de ciguë (102).

Dans notre société, l'acceptation de la douleur est particulièrement influencée par la culture judéo-chrétienne. Le christianisme a défini la douleur à la fois comme un châtement de Dieu, et comme un mode de rachat des fautes : « Tu enfanteras dans la douleur » (Genèse, 3,16). Toute tentative de soulagement représentait un grave péché.

Jusqu'au XVIII^e siècle, les médecins ne s'intéressent guère à la douleur de l'accouchement tant l'obsession de la complication mortelle est prédominante. Ils pensent que les douleurs font progresser le travail et les considèrent comme le principe des contractions utérines. Certains utilisent le terme «douleur» comme synonyme de «contraction » (3-7).

1.3. Physiopathologie de la douleur (5-6-7-87-90-97)

Le travail obstétrical provoque une douleur intense chez la plupart des femmes. Les mécanismes neurophysiologiques impliqués dans la genèse de la douleur mettent en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques selon les différentes phases du travail (Annexe II).

Pendant la première phase du travail (phase de dilatation), la douleur est presque exclusivement utérine. Elle est provoquée par l'action concomitante des contractions utérines et de la présentation fœtale qui engendrent la distension du segment inférieur de l'utérus et la dilation cervicale. Durant cette phase, les sensations douloureuses correspondent à l'excitation des nerfs provenant des racines médullaires de la dixième vertèbre thoracique à la première vertèbre lombaire (Th10 à L1). La transmission des influx nociceptifs s'effectue à partir des récepteurs localisés au niveau du col et du corps utérin, par des fibres afférentes sensibles, via le nerf hypogastrique. Ces influx nerveux se propagent jusqu'aux cordons postérieurs de la moelle épinière de Th10 à L1. Puis, ils sont transmis aux centres supérieurs qui intègrent les messages.

Pendant la deuxième phase du travail (phase d'expulsion), il existe un étirement des structures anatomiques pelviennes ainsi qu'une compression des muscles et des tissus du périnée. Les terminaisons sensibles stimulées correspondent aux racines de la deuxième à la quatrième vertèbre sacrée (S2 à S4). A ce niveau, c'est essentiellement le nerf honteux interne qui est stimulé.

Le troisième stade de l'accouchement est celui de la délivrance. Elle est peu douloureuse, excepté si elle n'est pas spontanée et requiert une délivrance artificielle et manuelle.

La perception douloureuse ne dépend pas essentiellement de la phase du travail. En effet, il existe de nombreux facteurs pouvant l'influencer.

1.4. Facteurs influençant la douleur durant l'accouchement

De nombreux critères modifient l'intensité de la douleur durant l'accouchement. Pour certains auteurs, la variété postérieure de la présentation céphalique ainsi que la macrosomie fœtale, seraient à l'origine d'une exacerbation de la douleur (30-34). Un âge maternel avancé semblerait influencer la perception douloureuse. En effet, les patientes pensent que l'âge élevé rend l'enfant plus vulnérable (24). Ainsi, elles expriment moins la douleur ressentie lors de l'accouchement, comme le démontre *Windridge et al.* et *Brander et al.* (10-70).

Melzack aboutit aux mêmes conclusions (1-44). Il ajoute que la préparation à la naissance a une influence sur la perception de la douleur. Cette dernière, dont l'intérêt est toujours reconnu, favoriserait une meilleure gestion de la douleur et réduirait de 30 % la perception de l'intensité douloureuse. Les facteurs augmentant la sensation douloureuse seraient la nulliparité, le manque d'information pendant la grossesse et les convictions religieuses. En 2002, l'étude de *Palot et al.* met également en évidence que la crainte de la douleur est nettement liée à la nulliparité (47).

L'étude d'*Audrey Laurent* met en évidence les caractéristiques de la douleur envisagée par les nullipares lors du travail ainsi que les facteurs pouvant l'influencer (83). Elle observe, d'après les patientes, que l'accompagnement par l'équipe médicale ainsi que la présence du conjoint seraient des facteurs diminuant la douleur.

L'anxiété maternelle, la rapidité de la dilatation cervicale, l'intensité et la durée des contractions utérines ainsi que toutes les situations de stress physique et psychique sembleraient aussi être des facteurs influant sur l'intensité douloureuse (35).

La perception de la douleur serait influencée par la culture, comme le démontre l'étude de *Mac Lachlan*, en 2005 (42). Dans certaines religions orientales, les femmes sont tenues de se montrer impassibles au cours de leur accouchement. Elles font l'objet de réprobations si elles crient ou se plaignent. A l'inverse, d'autres sociétés autorisent et encouragent les manifestations bruyantes scandant la progression du travail (2).

Quand elle n'est pas maîtrisée, la douleur peut avoir des conséquences néfastes sur la mère et son fœtus.

1.5. Conséquences de la douleur

La douleur entraîne de nombreuses réactions chez la parturiente. Aggravée par l'angoisse et l'agitation, elle peut avoir des conséquences sur le fœtus et sur le déroulement du travail. Les modifications physiologiques maternelles les plus importantes sont cardiovasculaires, ventilatoires et métaboliques. L'hyperventilation maternelle responsable d'une alcalose respiratoire peut engendrer une hypoxie maternelle et une diminution du débit utéro-placentaire, par vasoconstriction des vaisseaux ombilicaux, aboutissant à une hypoxie et à une bradycardie fœtale.

De plus, cette douleur entraîne une libération massive de catécholamines et de différentes hormones surrénaliennes (cortisol, ACTH, corticostéroïdes). Celles-ci induisent une augmentation du débit cardiaque, une vasoconstriction et une augmentation des résistances périphériques. Ces phénomènes engendrent une hypertension artérielle maternelle. Cette cascade de réaction peut être responsable d'une stimulation accrue des récepteurs utérins. Il en résulte des phases d'hypercinésie de fréquence et d'intensité des contractions utérines. De plus, ces hormones stimulent directement les fibres nerveuses cervicales qui en grande quantité, peuvent être à l'origine d'une hypertonie cervicale (6-81-82-83-97-104).

1.6. Les prémices de la prise en charge de la douleur

La forte imprégnation judéo-chrétienne dans la culture française a donné lieu à des siècles de refus du soulagement de la douleur lors de l'accouchement. Au XVI^e siècle, des sages-femmes étaient brûlées vives sur le bûcher pour avoir tenté de soulager des femmes en couches.

Au cours du XIX^e siècle, l'apparition de l'éther en 1846, puis du chloroforme en 1853 ont permis une nouvelle prise en charge de la douleur. La Reine Victoria est l'une des premières femmes à bénéficier du chloroforme, lors de son huitième accouchement (1-2-4-90).

A cette époque en URSS, Pavlov joue un rôle essentiel dans la gestion de la douleur, grâce à l'hypnose.

Il démontre qu'une éducation psychique de la femme enceinte peut lui permettre d'accoucher sans douleur.

En 1933, *Read*, obstétricien anglais, tente de déterminer la cause de la douleur de l'enfantement. D'après cet auteur, elle réside dans un état d'anxiété, de tension physique et mentale, surtout lors de la première grossesse. Cette souffrance est la conséquence d'un conditionnement éducatif hérité des traditions culturelles. Ainsi, par des exercices de relaxation physique et mentale, il tente de rompre le cercle vicieux de la triade peur/ tension musculaire/douleur.

En 1951, après un séjour en URSS, le docteur *Lamaze* introduit en France la méthode de l'«accouchement sans douleur». Cette méthode psychoprophylactique a pour but de faire disparaître les réflexes conditionnés qui lient dans l'esprit des femmes, l'enfantement à la douleur. Il est à l'origine des cours de préparation à la naissance permettant aux patientes de prendre connaissance et conscience de leur corps (1-5).

2. L'ANALGESIE PERIDURALE

2.1. Historique (1-4-81-90)

En 1885, le neurologue new-yorkais J. Leonard Corning est le premier médecin à injecter de la cocaïne dans le rachis d'un patient souffrant de faiblesse vertébrale.

En 1901, deux médecins français, Sicard et Cathelin, effectuent des anesthésies péridurales pour de nombreux actes chirurgicaux. Ils obtiennent de bons résultats mais n'empêchent pas cette méthode d'être oubliée durant une vingtaine d'années.

L'APD n'est universellement reconnue qu'en 1930 sous l'appellation de « méthode de Dogliotti ». Cet homme introduit la notion d'APD segmentaire. A cette époque, elle est essentiellement utilisée en urologie.

Il faut attendre les années 50 pour qu'elle soit introduite en obstétrique. Celle-ci se développe principalement dans les pays d'outre atlantique. En 1981, seulement 4% des femmes françaises bénéficient d'une APD, contre 80% au Canada.

L'APD comme toutes pratiques médicales, ne cesse d'évoluer comme le prouvent les études de périnatalité de 1995, 1998 et 2003 (106-107). L'utilisation de l'APD ne cesse d'augmenter 49 % en 1995 puis 58% en 1998.

2.2. Législation et compétences des sages-femmes

L'APD est un acte médical placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Le décret du 5 décembre 1994 définit des réglementations concernant toutes les anesthésies (75). Le décret de périnatalité n° 98-900 du 9 octobre 1998 précise les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à la pratique de l'APD dans les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale (76).

La consultation d'anesthésie est une disposition obligatoire depuis 1994 (75). Le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 à l'article D.712-75 précise : « *L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D.712-41 par un anesthésiste réanimateur de l'établissement.* » Cette consultation s'effectue au 8ème mois de grossesse. Elle permet de déterminer les indications ou les contre-indications relatives à une analgésie. Durant cette consultation, une information éclairée doit être fournie (76).

Le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, au sein de l'article D. 712-80, précise les conditions matérielles spécifiques pour la pratique d'anesthésies dans le domaine obstétrical, néonatal ou concernant la réanimation néonatale (Annexe III) (76).

Le soulagement la douleur doit fait preuve d'une grande rigueur. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rappelle dans l'article L. 1110-5: « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » (74). En salle de naissance, des protocoles sont institués afin d'effectuer ces gestes non dénués de risques, de façon rigoureuse.

La sage-femme doit dispenser des soins de qualité auprès des parturientes. Ses compétences sont définies et réglementées par le Code de Santé Publique et le Code de Déontologie de la sage-femme.

La circulaire n° 38 du 29 juillet 1992, relative au code de déontologie des sages-femmes, précise leur rôle au sujet de la mise en place et de la surveillance l'analgésie loco-régionale (79).

Le décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006, article R.4127-318 du Code de la Santé Publique modifie et précise les compétences de la sage-femme au sujet de l'APD (Annexe IV). Depuis 2006, la sage-femme est habilitée à procéder au retrait du cathéter de péridurale (78).

2.3. Analgésie péridurale: définition et anatomie

L'APD a pour but d'interrompre la conduction des influx nerveux douloureux tout en préservant la conscience. Cette analgésie segmentaire et métamérique évolue selon le stade du travail et les besoins de la parturiente (6-97).

La ponction est réalisée au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire (L3 et L4).

La pose du cathéter de péridural impose la traversée de différents ligaments élastiques : le ligament sus-épineux, le ligament inter-épineux, et le ligament jaune. Ils peuvent opposer une résistance rendant l'introduction du cathéter plus difficile.

L'espace péridural se localise entre la face externe de la dure-mère et la face interne du ligament jaune. C'est un espace virtuel composé de tissu conjonctif, de structures vasculaires et lymphatiques, ainsi que de fibres végétatives, motrices et sensibles.

2.4. Technique et entretien

La mise en place du cathéter de péridural peut être réalisée en position assise ou en décubitus latéral. Dans le service, la majorité des médecins-anesthésistes-réanimateurs posent l'APD en position assise.

Pour le confort de la patiente, il est recommandé de poser un patch d'emla au niveau de la zone de ponction, une heure avant l'installation de l'APD. Ce dispositif contient un anesthésique qui diffuse localement.

Avant l'introduction du cathéter, une anesthésie plus profonde est réalisée grâce à l'injection de xylocaïne.

Une fois le cathéter en place, une dose test est effectuée pour vérifier la bonne position du cathéter. Celle-ci a pour but de dépister un éventuel passage en intrarachidien ou en intra-vasculaire des solutions anesthésiantes (109).

Une injection de la solution anesthésiante est réalisée en décubitus dorsal. Il existe différentes méthodes d'entretien de l'APD. Seule celle employée au CHU de Rouen est décrite : l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente soit *Patient Control Epidural Analgesia* (PCEA). C'est un dispositif comprenant une pompe programmable, relié au cathéter de péridural. L'injection de bolus est déclenchée par la patiente et selon ses besoins. Il existe une période réfractaire déterminée par le médecin anesthésiste. Durant cette période, la femme ne peut pas administrer de bolus. Par conséquent, cette méthode permet de réduire la fréquence des surdosages. La patiente gère elle-même son analgésie. Elle se trouve plus active dans la prise en charge de sa douleur, donc plus satisfaite, comme le démontrent *Gillet et Beaumont*, en 2000 et *E. Lopard* en 2006 (25-39). Ce dernier conclut que la PCEA est la méthode la plus optimale concernant le soulagement de la douleur durant l'accouchement. Celle-ci peut être proposée à toutes les femmes, excepté celles ayant un degré de compréhension insuffisant ou celles présentant un travail rapide ou trop avancé.

2.5. Substances utilisées

Dans les années 1970, la découverte des récepteurs morphiniques, dans la corne postérieure de la moelle épinière est essentielle. Elle permet l'utilisation de dérivés morphiniques par voie péridurale. La morphine possède un rôle prépondérant dans la prise en charge de la douleur. En effet, cet antalgique puissant potentialise les effets des anesthésiques locaux et permet de réduire les quantités utilisées.

Au CHU de Rouen, les anesthésiques locaux utilisés sont la lidocaïne (xylocaïne 1%) et la ropivacaine (naropéine) associés à un morphinique (sufentanyl). La ropivacaine serait moins cardiotoxique que la bupivacaine et la survenue des blocs moteurs serait moins fréquente (109).

2.6. Contre-indications médicales

Il existe de nombreuses contre-indications à l'APD (6-97-101-105) :

- le refus de la patiente quand celle-ci a bénéficié d'une information éclairée
- les troubles de la coagulation
- une infection au site de ponction ou généralisée (chorioamniotite, septicémie)
- certaines affections neurologiques
- trouble hémodynamique et hypovolémique
- allergie vraie aux anesthésiques locaux
- l'hypertension intra-crânienne
- l'absence de monitoring maternel et fœtal ainsi que l'absence de matériel de réanimation

2.7. Complications

2.7.1. Complications liées au geste

La réalisation d'une APD peut être à l'origine d'un hématome péri-dural. Dans ce cas, il existe un risque non négligeable de compression nerveuse au niveau de la moelle épinière pouvant entraîner des séquelles neurologiques graves.

L'existence d'une infection locale ou généralisée non maîtrisée peut quant elle à avoir des conséquences désastreuses.

En effet, toute introduction de germes par l'intermédiaire du cathéter de péri-dural peut être à l'origine d'une infection sévère des méninges.

C'est pourquoi le bilan sanguin d'hémostase prescrit par le médecin-anesthésiste-réanimateur est à réaliser en fin de grossesse. De plus, la recherche de signes infectieux lors de la réalisation d'une APD doit être effectuée.

2.7.2. Echec de la technique et insuffisance d'efficacité

Bien qu'elle soit maîtrisée, l'APD conserve certaines limites (86-96-101). Un échec de la pose d'une APD et par conséquent de son efficacité, peut être provoqué par l'hyperalgie de la patiente, l'existence d'un surpoids ou d'une pathologie dorsolombaire (8). L'étude de *Ranta et al.*, en 1995, et celle de *Saravanakumar et al.* en 2006, déterminent l'absence d'efficacité liée à la technique et à la pose de l'APD chez certaines femmes présentant un surpoids (50-54). *Hamilton et al.* en 1997, démontrent chez ces femmes, une augmentation du déplacement du cathéter lors des changements de posture durant le travail (28). C'est pourquoi, on peut noter l'importance de la fixation du cathéter.

En 1994, l'étude de *Withington et al.* démontre que l'insuffisance d'efficacité du premier bolus et qu'une présentation fœtale postérieure sont deux facteurs de risque d'analgésie insuffisante communs aux phases de dilatation et d'expulsion (71).

De plus, une absence de soulagement de la parturiente peut être observée lors d'une progression rapide du travail ou de l'installation d'une APD durant la phase active de la dilatation. Dans cette situation, la solution analgésiante se diffuse peu au niveau des métamères. Ce problème est également rencontré lors d'injections d'anesthésiques locaux de faible volume. Il est alors nécessaire de contrôler le niveau supérieur d'analgésie atteint. Un complément d'analgésie par des bolus d'anesthésiques locaux doit être réalisé afin d'obtenir un niveau d'analgésie jusqu'à la 10^{ème} vertèbre thoracique (86-97).

Lors d'APD latéralisée, l'injection d'un bolus positionnel (patiente allongée sur le côté douloureux) n'a jamais été évaluée en terme d'efficacité. Dans une étude, *Mangin et al.* ont réalisé 41 injections positionnelles sur 51 APD latéralisées. Cette injection n'a été efficace que dans 54 % des cas (43).

Par conséquent, la gestion d'une APD inefficace doit orienter vers la compréhension des mécanismes responsables du déficit d'analgésie. Dans 80 % des cas, les imperfections de l'APD peuvent être traitées par des mesures correctrices sans repose du cathéter (86-96).

2.7.3. Hypotension artérielle

L'hypotension artérielle due en partie au bloc sympathique est un effet attendu suite à l'installation d'une APD (85-97-98-101). Après la première injection, le décubitus dorsal permet une diffusion métamérique et symétrique des produits injectés. Cette position accentue le syndrome aortocave présent lors de la grossesse. Il correspond à une compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide lors du décubitus dorsal. Elle entraîne une diminution du retour veineux par conséquent une diminution du débit cardiaque maternel. La survenue prolongée d'une hypotension maternelle peut être à l'origine d'une diminution du débit utéro-placentaire et d'une bradycardie fœtale. Une injection de vasopresseur (éphédrine) restaure rapidement un équilibre hémodynamique. Quant au problème positionnel, celui-ci doit être évité en installant la patiente en décubitus latéral ou en installant un billot sous la hanche droite.

2.7.3. Brèche de la dure-mère

Elle est provoquée par la perforation de la dure-mère soit par l'aiguille lors de la ponction soit par le cathéter de péridural (56-61-96-97-101). Elle engendre l'issue de liquide céphalo-rachidien dans l'espace péridural. C'est un incident rare (0,5% à 1%). Dans 80% des cas, la brèche de la dure-mère se dépiste dans les 48 heures suivant la pose de l'APD. Elle se traduit par des céphalées fronto-occipitales intenses, accentuées lors de la verticalisation de la tête. Le seul traitement de référence est le blood patch. Le taux de succès varie de 90 % à 95 % selon les séries. Cette complication devrait être dépistée lors de la dose-test. En effet, l'existence d'une hypotension artérielle rapide, de difficultés respiratoires ou l'apparition précoce d'un bloc moteur peuvent être le reflet d'un passage intra-rachidien.

2.7.4. Rachianesthésie totale et injection intra vasculaire

Une injection accidentelle dans l'espace intrathécal, d'une dose prévue pour la voie péridurale peut entraîner une rachianesthésie totale (95-97-101). Elle survient en cas de brèche de la dure-mère méconnue. Elle est suspectée devant un choc brutal résistant aux thérapeutiques habituelles ou devant l'apparition d'un arrêt cardio-respiratoire.

De plus, lors de la grossesse, il existe une augmentation du flux sanguin et une dilatation du réseau vasculaire péridural. Les substances anesthésiantes diffusent plus rapidement dans la circulation sanguine et peuvent engendrer de graves complications, principalement provoquées par les anesthésiques locaux. Ces complications se traduisent par des symptômes tels qu'une tachycardie maternelle, un goût métallique dans la bouche, l'existence de picotements au niveau de la bouche, une sensation de malaise voir dans des cas extrêmes, l'apparition de convulsions.

2.8. Incidence sur le déroulement du travail

2.8.1. Effet sur la dilatation et l'expulsion

L'influence de l'APD sur le déroulement du travail a fait l'objet de nombreuses polémiques et demeure à ce jour toujours un sujet d'actualité. De nombreuses études comparent l'effet de l'APD à d'autres méthodes analgésiantes (20-46-55-72-97).

En 2002, l'étude de *Leighton*, met en évidence que l'APD ne modifie pas la durée de la première partie du travail et n'a aucun effet délétère sur le nouveau-né (36). Cependant, d'après les statistiques, elle allonge de façon significative la seconde partie du travail de 15 min en moyenne. Elle accroît le recours aux ocytociques, et augmente de façon minime le recours aux extractions instrumentales. De nombreuses études mettent en évidence des résultats identiques (16-17-31).

Sharma et al. démontrent qu'il existe un taux augmenté d'accouchements par forceps dans le groupe des nullipares accouchant sous APD versus analgésie intraveineuse (57-58-59). *Leong et al.* aboutissent aux mêmes conclusions (37).

La méta-analyse de Cochrane en 2000, montre un faible taux de césariennes lors d'accouchement sous APD même lorsqu'elle est posée avant la phase active du travail. De nombreuses études retrouvent des conclusions similaires (45-57-58-59-72).

2.8.2. Déambulation et APD

De toutes les nouveautés, l'APD avec possibilité de déambulation est incontestablement celle qui est la plus médiatisée (18-33-60-84-97). Cette technique permet à la patiente de marcher durant le travail bien que la pose de l'APD ait été effectuée. Elle est réalisée sous couvert d'une surveillance particulière et systématique de la mère et du fœtus par télémonitoring avant la déambulation et durant celle-ci.

Contrairement à l'opinion communément admise, l'APD avec déambulation ne favorise pas la mécanique obstétricale. Ainsi, aucune réduction du nombre de forceps ou de césariennes n'est retrouvée dans l'une des premières études publiées par *Collins et al.* en 1995, ni par *Bloom et al.* en 1998 (9-19). Il apparaît clairement qu'elle n'entraîne pas d'effets bénéfiques ou délétères sur l'état néonatal. En 2005, Palot et al. mettent en évidence des conclusions similaires (103).

Williams et al. précisent qu'une augmentation de la satisfaction maternelle est notable lorsqu'elles déambulent durant le travail (69). Cela s'expliquerait par une participation plus active de la femme, lui rappelant des conditions d'accouchement plus physiologiques.

2.8.3. Posture et APD

Une étude prospective randomisée a été entreprise par *Ducloy-Bouthors et Al.*, concernant la diffusion métamérique de l'APD afin de comparer l'influence de postures sur le niveau d'extension métamérique (22). Il n'a pas été retrouvé d'influence de ces postures sur l'extension de l'APD.

Les différentes postures obstétricales en cours de travail sont de plus en plus utilisées pour leurs bénéfices maternels et obstétricaux potentiels. Cependant, leurs effets indésirables sont peu documentés dans la littérature.

Une étude de *Ley et Al.* en 2007, porte sur l'existence d'un déficit sensitif chez une patiente, suite à une posture prolongée de sept heures en tailleur (38). Trois mois après l'accouchement, il persista une douleur neuropathique dans le territoire sciatique de cette patiente.

Pour conclure, l'association de l'APD et des postures ne doit pas être contre-indiquée. Cependant, il est souhaitable que les professionnels leurs portent une attention particulière afin d'éviter toutes compressions nerveuses provoquées par une posture prolongée.

2.9. Méthode d'évaluation de la douleur

Durant l'accouchement, l'évaluation de la douleur peut être réalisée par l'échelle visuelle analogique (EVA) (104). Elle représente indirectement l'efficacité de l'APD. Cette méthode consiste à déplacer un curseur localisé sur une réglette dont la position correspond à une intensité douloureuse ressentie par la femme. L'échelle est graduée au dos de cette réglette de 0 à 10. L'intensité douloureuse est interprétable par l'équipe qui prend en charge la patiente. Le chiffre 0 ne représente aucune douleur ressentie, le chiffre 10 représente la douleur la plus insupportable pour la parturiente. Cette échelle visuelle analogique est sensible, et reproductible à tout moment durant le travail. Il est important de savoir la présenter aux patientes et d'en connaître les limites. En effet, elle est personnelle. La femme ne doit pas être influencée par le personnel médical ou l'entourage.

3. SATISFACTION : NAISSANCE ET EVALUATION

3.1. Définition de la satisfaction

Le dictionnaire le Petit Robert nous propose la définition suivante : « *sentiment de bien-être ; qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, d'un plaisir désiré ou simplement d'une chose souhaitable* ». La satisfaction se définit comme un processus comparatif entre l'expérience vécue et les attentes du patient concernant un soin réalisé. Elle conduit à un jugement intégrant des éléments liés au domaine cognitif et au domaine affectif. Un indicateur de satisfaction est défini par l'écart entre la qualité des soins attendue et la qualité perçue par le patient. Comme toute méthode d'évaluation de la qualité, la mesure de la satisfaction ne peut être justifiée que dans le contexte d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

La recherche de la satisfaction des soins est une notion importante et récente comme le démontre la législation. En effet, la prise en compte de la satisfaction des usagers par les professionnels de santé n'a réellement débuté qu'à la fin des années 1990.

3.2. Naissance de la satisfaction

En 1980, l'affaire du sang contaminé a introduit la notion de qualité et de vérification des soins prodigués. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant toutes deux sur la réforme hospitalière, reconnaissent les droits des patients quant à la qualité des soins fournis (73-80). L'article L. 710-1-1 du Code de la Santé Publique, mentionne « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation.* ».

Depuis cette réforme, la mesure de la satisfaction est une préoccupation des établissements de santé. Cette mesure s'inscrit également dans l'application des directives européennes qui prônent la sécurité et la qualité des soins. De plus, les patients ont la possibilité d'émettre leurs opinions quant à la qualité de l'accueil, des soins réalisés, de la relation avec le personnel soignant par l'intermédiaire d'un questionnaire de sortie, fournie dans le livret d'accueil.

Depuis 1999, l'accréditation devenue la certification en 2003, est un processus obligatoire pour les établissements de soins. Cette procédure vise à évaluer l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un établissement de soins afin de déterminer la qualité et la sécurité des soins fournis. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite loi « Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, confirme le principe fondamental des droits des patients face à la qualité des soins (74).

Parallèlement, l'évaluation des pratiques professionnelles se développe. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles, incluant le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue (77).

3.3 Evaluation de la demande de l'APD

L'étude de *Capogna et al.*, en 1996, concerne la demande de l'APD durant la grossesse par des primipares dans six hôpitaux universitaires d'Europe (13). Ces auteurs ont conclu à l'absence de facteurs culturels concernant l'anticipation de la douleur. Cependant, la demande d'une APD est inférieure à 50% au Royaume-Uni, au Portugal, en Italie, et en Finlande, contre 83 % en Belgique.

Lors de son étude, *Florence Cornillot* détermine que l'APD est souhaitée par 69 % des femmes majoritairement des nullipares (76%) (82).

En 1999, *Goldberg et al.*, retrouvent des chiffres comparables : 71% des femmes qui ont accouché sous APD ont planifié cette demande avant la grossesse (26). Les femmes concernées sont essentiellement des primipares. De plus, elles ont demandé de façon plus précoce l'APD que l'autre groupe.

En 2002, dans une étude unicentrique, *Palot et al.* colligent les facteurs influençant la demande de l'APD (47). Ils retrouvent : la nulliparité, un niveau d'études élevé, la participation à la préparation à la naissance et l'existence d'une consultation anesthésique durant la grossesse. Les causes de non-réalisation d'une APD sont principalement un travail trop avancé, une indisponibilité du médecin ou une contre-indication médicale. De plus, cette étude évalue la disponibilité et la rapidité de la réponse médicale suite à la demande d'une APD dans une maternité de niveau III. Ils mettent en évidence l'absence d'influence de l'heure d'arrivée de la patiente en salle de naissance sur le délai d'obtention de l'APD.

En 2004, *Sandefo et al.* réalisent une étude en Martinique, ils mettent en évidence l'existence d'une demande importante de l'APD puisque 95% des patientes en ont demandé une lors de l'accouchement (53). De plus, 97 % des parturientes ont déclaré solliciter l'APD lors d'un accouchement futur.

En 2006, une étude est publiée par *Palot et al.* et confirme les résultats de 2002 (48). De plus, cette étude réalisée précise l'évolution de la demande de l'APD durant la grossesse : 23,4% des parturientes qui ne souhaitent pas d'APD durant la grossesse, en demandent une durant le travail. La majorité de ces femmes sont généralement des nullipares. Finalement, on peut observer que 76,9 % des femmes souhaitent de nouveau une APD pour un prochain accouchement. Ce taux reflète l'efficacité, l'utilité et la confiance des parturientes à l'égard de cette méthode.

3.4. Evaluation de la satisfaction des parturientes

En 2002, l'étude de *Palot et al.* détermine un taux de satisfaction de 82 % chez les femmes accouchant sous APD. Les causes d'insatisfaction ne sont pas précisées (47).

L'étude de *Sandefo* met en évidence un taux de satisfaction élevé pour 94% des patientes et une note moyenne de la qualité de l'analgésie de 18/20 (53).

L'étude de *Dickinson et al.* en 2003, détermine que la satisfaction maternelle est significativement plus élevée avec une APD comparée aux autres méthodes analgésiantes (21).

En 2004, l'étude de *Sharma et al.*, concernant des nullipares, détermine une satisfaction maternelle de 95% parmi les femmes bénéficiant d'une APD contre 69% chez les patientes accouchant avec une analgésie intraveineuse (59). Cette étude démontre une fois de plus l'efficacité de la prise en charge de la douleur par l'APD chez les nullipares. Ils ajoutent que cette population de patientes est généralement plus demandeuse d'une APD que les multipares. L'étude de *Ranta* démontre des conclusions identiques (51).

Cependant, les études de *Dickinson et Ranta* démontrent toutes deux que la satisfaction maternelle n'est pas essentiellement corrélée à l'effet analgésique apporté durant le travail (21-51). Effectivement, il existe chez certaines femmes une insatisfaction de l'accouchement malgré une APD efficace. Elles reflètent les multiples hypothèses au sujet de l'impact de la douleur de l'accouchement, tout comme l'étude de *Kannan et al.* (32).

3.5. Facteurs influençant la satisfaction

Comme l'évoque *Melzack*, la suppression de la douleur physique ne signifie pas suppression de la douleur psychique (1-44). Ainsi, certaines femmes expriment une souffrance malgré une APD efficace. En effet, même si la douleur est inhibée, l'accouchement reste un rite de passage, une épreuve lors de laquelle la future mère peut avoir besoin d'être soutenue.

En 1982, une étude menée par *Morgan & al.*, démontre que la prise en charge de la douleur n'assure pas à elle seule une satisfaction totale de l'accouchement (45). Les femmes refusant une APD ont eu une douleur intense au moment de l'accouchement mais expriment de hauts indices de satisfaction immédiatement et un an après. Cependant, certaines femmes qui ont accouché sous APD présentent une insatisfaction un an après l'accouchement. Cette insatisfaction serait liée aux accouchements avec forceps et à la longueur du travail.

L'étude de *Florence Cornillot* met en évidence l'aspect essentiel et les bénéfices de l'accompagnement et de ses effets bénéfiques auprès de la patiente (82). Dans cette étude, 82 % des patientes estiment que la présence de la sage-femme leur a permis de mieux supporter la douleur. La prise en charge de la douleur est satisfaisante pour 71% des patientes interrogées. Parmi les patientes insatisfaites, les explications retrouvées sont l'absence d'accompagnement, une aide de la sage-femme considérée comme peu efficace et l'existence d'un travail rapide et violent chez certaines multipares.

En 1999 et en 2000, *Mac Crea et al.*, tentent de déterminer l'influence du contrôle personnel de la douleur sur l'indice de satisfaction maternelle de l'accouchement (40-41) ainsi que *Goodman et al.* en 2004 (27). La principale conclusion porte sur l'influence positive du sentiment de contrôle personnel de la douleur. *Mac Crea* précise que les variables démographiques et psychosociales ont peu d'impact sur celui-ci.

A l'inverse, l'étude de *Heitman et al.* n'établit aucun lien entre la satisfaction et la douleur (29). Elle précise que la satisfaction est fondée sur la réaction du patient face à la qualité de soin du service et qu'elle n'est pas tributaire de la nature ou l'intensité de la douleur perçue.

Pour conclure, en juin 2004, une étude de *Waldenström et al.* appuie l'hypothèse que l'indice de satisfaction de l'accouchement est influencé par le soulagement de la fin du travail et par l'événement heureux, qu'est la naissance d'un enfant. Les soins de soutien pourraient avoir des effets positifs à long terme et protéger certaines femmes du souvenir négatif de l'accouchement. De plus, cet auteur confirme le caractère complexe du souvenir de la douleur de l'accouchement (62-63-64-65-66-67-68).

1. OBJECTIFS DE TRAVAIL ET METHODE UTILISEE

1.1. Les objectifs

Ce travail a été mené auprès de primipares afin de répondre aux questions suivantes:

- Sommes-nous efficaces pour soulager la douleur des nullipares, au moment de l'accouchement?
- Quel est l'indice de satisfaction des patientes à l'égard de l'APD ?
- Un accouchement réussi est-il associé à une analgésie efficace ?
- Quels sont les critères influençant la demande de l'APD ?
- Quelles sont les causes d'insatisfaction de l'APD ?
- Existe-t-il une influence de l'APD sur le déroulement du travail chez une nullipare ?

1.2. La méthode et le choix de la population

L'étude a été menée de façon prospective et unicentrique au sein de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen, dans les services de suites de couches.

La méthode employée s'est orientée vers un sondage par questionnaires. Celui-ci a été remis en main propre aux patientes. Ce type de distribution nous a permis de rappeler les objectifs de l'étude, de préciser aux patientes la possibilité de noter les éléments leur semblant essentiel et ainsi de recueillir des informations complémentaires quant au vécu global de l'accouchement. A cette occasion, la sensibilisation des patientes quant à l'exactitude et l'intérêt des réponses données a pu être réalisée. Cette distribution s'est effectuée dans les 48h suivant l'accouchement afin que celui-ci n'appartienne pas encore aux souvenirs. Toutes les patientes répondant à des critères particuliers ont accepté de remplir ce questionnaire.

Ces critères ont été choisis pour différentes raisons. Tout d'abord, la majorité des accouchements se déroule de façon physiologique.

En 2003, les résultats du réseau sentinelle AUDIPOG (l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) dénombrent 69,7% d'accouchements par voie basse spontanée (107). De plus, ces accouchements sont réalisés par les sages-femmes puisqu'ils appartiennent à leurs champs de compétences, comme le définit le Code de Santé Publique.

- Les critères d'inclusion

- Les patientes étudiées sont des *primipares* ayant bénéficiées d'une APD. La primiparité a été choisie afin de ne pas être influencée par le ou les précédents accouchements de la patiente et de déterminer les attentes de ces femmes face à cette expérience nouvelle. La gestité n'a pas été prise en compte.

- Les patientes présentent une *grossesse unique*, au terme de *36 semaines d'aménorrhées (SA) ou plus*. Les patientes ayant accouché au-delà de 36 SA sont comprises dans l'étude, si et seulement si, le nouveau-né a présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine en salle de naissance et s'il est présent, dès la naissance, avec sa mère dans le service des suites de couches.

- *Le travail est spontané.*

- *L'accouchement voie basse est requis. L'épisiotomie est acceptée.*

- Les critères d'exclusion

- Toutes pathologies maternelles ou fœtales sévères (mort fœtale in utero, malformations fœtales, pré-éclampsie, ...) ayant une influence sur le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement sont exclues.

- L'extraction instrumentale (ventouse, forceps), la délivrance artificielle ou la révision utérine et l'hémorragie de la délivrance sont exclues. Effectivement, ces situations pathologiques peuvent être à l'origine d'une exacerbation de la douleur.

- Les femmes ne parlant et n'écrivant pas le français sont exclues.

2. VALIDATION DU QUESTIONNAIRE ET REALISATION DE L'ENQUETE

Un questionnaire initial a été élaboré en août 2007. Il a été testé auprès d'une dizaine de patientes, afin de s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions posées. De nombreuses modifications ont été nécessaires afin que celui-ci soit accessible à toutes, mais aussi dans le but d'obtenir des résultats exploitables et interprétables. Cette étude de satisfaction s'est déroulée de septembre 2007 à janvier 2008. L'objectif fixé à 100 patientes (n= 100) a été atteint et tous les questionnaires ont été exploités.

3. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se compose de deux parties (Annexe V). La première est destinée aux patientes. Elle se compose d'une page de présentation des objectifs de l'étude suivie des 26 questions et d'un lexique définissant certains des termes employés. La deuxième partie, quant à elle, concerne les données complémentaires recueillies dans le dossier obstétrical des patientes.

Lors de l'interprétation des résultats, une incohérence quant à l'ordre chronologique des questions a été observée. L'ordre souhaité a été réalisé lors de l'explication du questionnaire et lors de l'interprétation des résultats.

Seules les questions qui nous ont paru les plus essentielles ont été détaillées.

3.1. Première partie du questionnaire : destinée aux patientes

3.1.1. Questions de 1 à 6 : profil de la patiente

Ces questions permettent d'obtenir des renseignements généraux : l'âge, le statut civil, le niveau d'études atteint et les convictions religieuses. Elles ont été élaborées de façon à déterminer l'influence de ces critères sur la perception de la douleur, sur l'indice de satisfaction de l'APD et afin de savoir s'ils avaient eu une influence sur le choix des critères pour que l'accouchement soit vécu comme une réussite.

A la 1^{ère} question, nous avons établi une classe d'âge de [18-25] ans et [26-30] ans afin de déterminer l'âge maternel de la première grossesse, de façon plus précise.

La 5^{ème} question nous a permis d'évaluer le souhait de la patiente quant à la prise en charge de la douleur par l'APD.

Les moyens d'informations mis en place avant la grossesse ont été demandés à la 6^{ème} question afin d'évaluer les connaissances sur l'APD. Des regroupements ont été réalisés pour tenter d'établir la qualité des informations reçues. Nous pouvons supposer que les informations données par la famille ou l'entourage peuvent être erronées, celles-ci pouvant engendrer une angoisse chez la patiente. Les informations établies par recherches personnelles, quant à elles, montrent l'intérêt de la patiente vis-à-vis de l'APD. Finalement, les informations fournies par le personnel médical, jugées fiables, permettent d'établir le niveau de connaissances quant à cette méthode de soulagement.

3.1.2. Questions 7 et 9 : déroulement de la grossesse

La 7^{ème} question nous renseigne sur les informations reçues pendant la grossesse. Elle nous permet d'évaluer à quelle période de la grossesse et par qui la femme a reçu ces informations. La participation aux cours de préparation à la naissance et s'ils lui ont apporté une aide quant à la gestion de la douleur durant l'accouchement sont demandés.

L'appréhension de l'accouchement est évoquée dans la 9^{ème} question afin de déterminer l'état d'esprit dans lequel se trouvait la patiente pendant la grossesse ainsi que son influence sur la gestion de l'attente avant la pose de l'APD.

3.1.3. Questions 8, 10, 11, 12 et 15: motif d'arrivée et déroulement de l'accouchement avant la pose de l'APD

La 11^{ème} question vise à déterminer si la prescription du bilan sanguin d'hémostase a été effectuée à la période conseillée. Cette question précise également les raisons de l'absence de réalisation de ce bilan afin d'évaluer l'observance de la patiente.

Le délai d'attente avant la pose de l'APD, la façon dont la parturiente l'a vécu ainsi que le soutien apporté durant l'accouchement sont évalués aux questions 8 et 12. De plus, cette dernière question détermine si la parturiente juge que l'installation de l'APD a été effectuée au moment où elle en avait besoin. Après la distribution des premiers questionnaires, des précisions ont été apportées concernant la 12^{ème} question. En effet, une incohérence a été retrouvée entre le délai d'attente avant l'obtention de l'APD, perçu par la patiente, et celui inscrit dans le dossier. C'est pourquoi, il a été précisé que celui-ci correspondait à l'attente entre l'arrivée en salle de naissance pour l'accouchement et l'installation de l'APD.

L'intensité douloureuse, avant la pose de l'APD est évaluée à la 15^{ème} question afin de déterminer s'il existe une influence du souvenir sur l'intensité douloureuse.

3.1.4. Questions 13, 14, 16, 17, 18 et 23 : conditions de pose et effet de l'APD

La 13^{ème} question détermine la position de la patiente, le désir d'accompagnement ainsi que le degré de satisfaction des conditions de pose de l'APD.

La 16^{ème} et la 23^{ème} question traitent de la rapidité du soulagement de la douleur, de l'efficacité et des effets physiques ressentis suite à l'installation de l'APD. Elles précisent si une seconde APD a été réalisée.

Les 17^{ème} et 18^{ème} questions permettent d'évaluer le désir de la patiente d'être active ou non lors de son accouchement et précisent leur souhait quant à la mobilisation.

3.1.5. Questions 19, 20, 21, 22 : la phase de l'expulsion

Les questions 19, 20 et 21 concernent le type de sensation perçue, l'intensité douloureuse ressentie et visent à évaluer les perceptions de la patiente lors de la phase d'expulsion.

La 22^{ème} question s'intéresse aux lésions périnéales. Elle nous renseigne sur l'existence d'une douleur lors de la réfection de celle-ci.

3.1.6. Questions 24, 25, 26 : satisfaction globale de l'APD et souhait pour un prochain accouchement

L'indice de satisfaction global des patientes est évalué à la 23^{ème} question.

La 24^{ème} question nous renseigne sur le désir d'une APD pour un prochain accouchement.

La 25^{ème} question, quant à elle, vise à déterminer les critères et leurs ordres d'importances pour qu'un accouchement soit vécu comme réussi. Elle permet d'évaluer si le soulagement de la douleur est un critère essentiel mais aussi durant quelle phase du travail le soulagement est le plus régulièrement souhaité.

3.2. La grille d'étude : données issues du dossier obstétrical

De nombreux critères ont été étudiés dans le dossier obstétrical. Parmi ceux-ci on retrouve :

- *Le terme de la grossesse* est précisé. En effet, c'est au terme de 38 ou 39 SA qu'est effectué le bilan sanguin prescrit par le médecin anesthésiste-réanimateur.
- *L'installation immédiate ou non en salle de naissance* est précisée afin d'apprécier l'éventuelle influence du passage en chambre de pré-travail sur la gestion du délai d'attente avant la pose de l'APD.
- *Les périodes de la journée et de la semaine* ont été reprises.
- *Le délai d'attente et son motif* ont été repris et analysés afin de déterminer si le motif de ce délai d'attente est identique à celui retrouvé dans le questionnaire.
- *L'EVA* inscrite dans le partogramme avant l'installation de l'APD et celui lors de la phase d'expulsion sont repris. Ces données ont pour but de mettre en évidence l'intégrité ou non de la perception douloureuse à distance de l'accouchement.

- *Les phases de dilatation au moment de l'arrivée en salle de naissance et lors de l'installation de l'APD* ont été reprises.

- *La méthode d'entretien de l'APD* est précisée et l'existence d'éventuelles *réinjections par le médecin anesthésiste-réanimateur ainsi que leurs efficacités* sont étudiées.

- *La pose d'une nouvelle APD est indiquée et expliquée.*

- *Le type de lésion périnéale* est déterminé afin d'évaluer son influence sur le degré de douleur ressentie lors de la phase d'expulsion.

- *La direction du travail et la durée totale du travail* sont évaluées.

- *L'indice de masse corporelle, l'existence d'une déformation rachidienne ou d'une complication de l'APD* sont analysés afin de déterminer leurs implications lors d'un échec de la prise en charge de la douleur.

- *La variété de présentation céphalique fœtale* ainsi que le *poids du nouveau-né* sont étudiés pour tenter d'établir leurs influences sur le degré de douleur ressentie avant la pose de l'APD et pendant la phase d'expulsion.

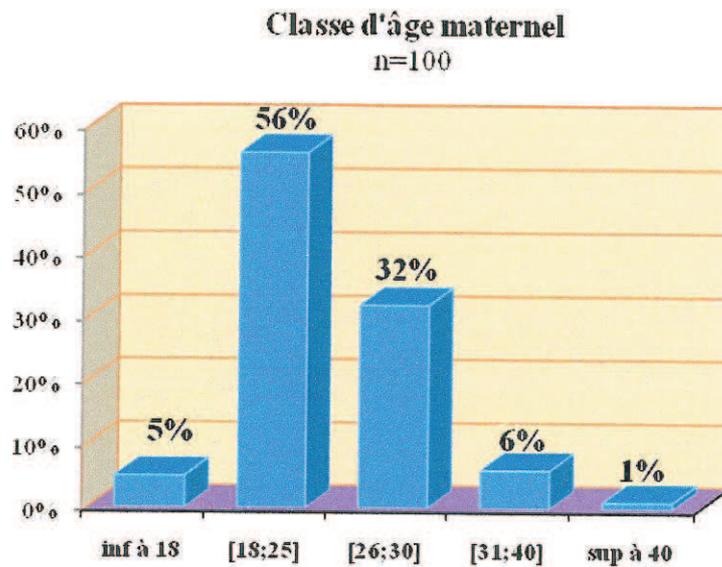
4. LES TESTS STATISTIQUES UTILISES

Les résultats ont été traités à l'aide des logiciels « STATA version 7 » et « Excel » sur Microsoft. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel « Excel » et le traitement de texte par « Word ». Le test statistique, essentiellement utilisé pour déterminer l'existence de relation entre les différentes variables, est le test exact de Fisher. La relation est dite significative lorsque le risque d'erreur est inférieur à 5% (p inférieur à 0.05).

5. RESULTATS

5.1. Caractéristiques de la population

5.1.1. Age maternel



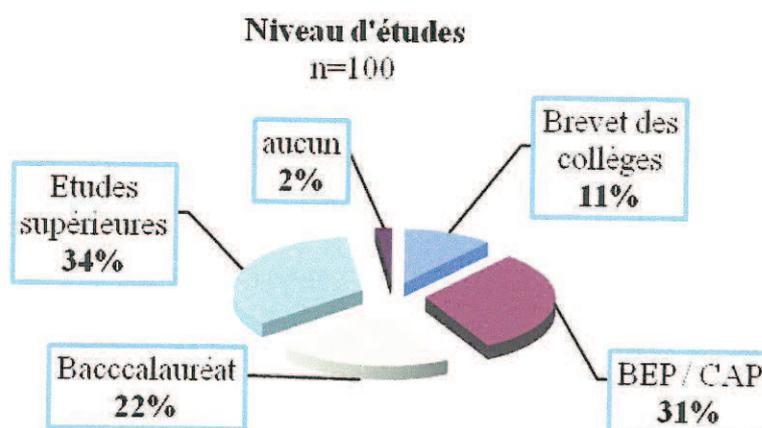
Parmi les 100 patientes interrogées concernant l'âge maternel, on constate :

- la majorité des patientes ont entre 18 et 25 ans (56%).
- 32% ont entre 26 et 30 ans.
- 6% ont entre 31 et 40 ans.
- 5% sont âgées de moins de 18 ans.
- 1% sont âgées de plus de 40 ans.

5.1.2. Statut Civil

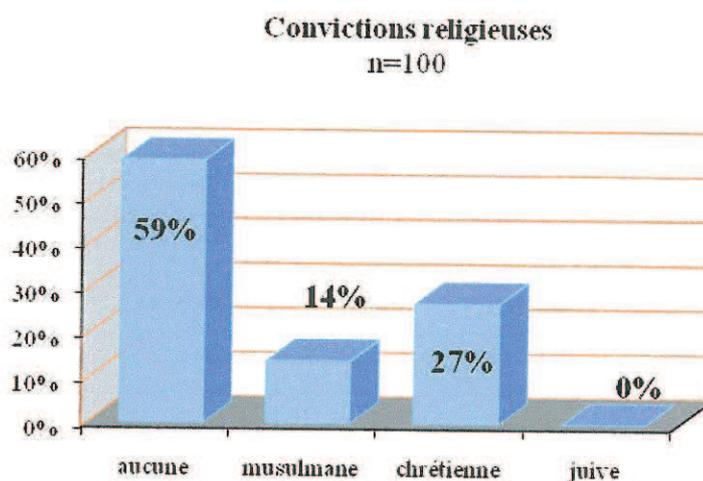
Le statut civil le plus souvent retrouvé est la vie en couple pour 89% des patientes et les 11% des patientes sont seules.

5.1.3. Niveau d'études



Sur les 100 patientes interrogées, 56% des femmes ont un niveau d'études équivalent voir supérieur au baccalauréat : 22 patientes (39%) ont le baccalauréat et 34 patientes (61%) ont effectué des études supérieures. Parmi les autres femmes, 31% ont un niveau d'études équivalent au BEP/CAP, 11% ont un niveau d'études équivalent au Brevet des collèges et 2% des patientes ont répondu « aucun niveau d'études ».

5.1.4. Convictions religieuses



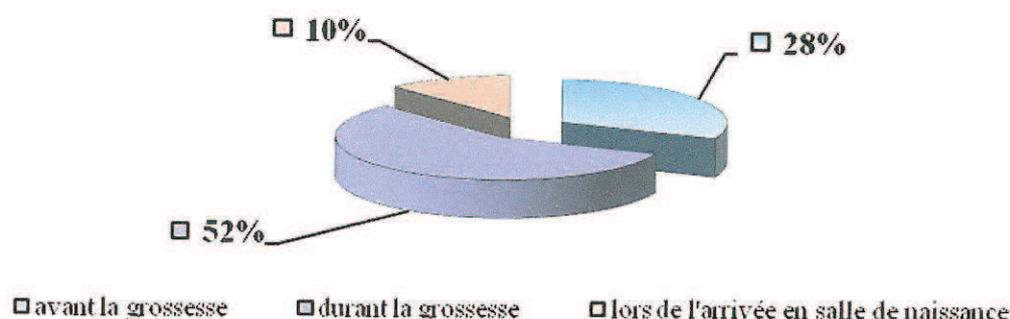
Concernant la religion :

- 59 % des patientes interrogées n'ont aucune conviction religieuse.
- 27% des patientes sont chrétiennes.
- 14% des patientes sont musulmanes.

5.1.5. Désir d'accoucher sous APD

Planification de l'accouchement sous APD

n=100



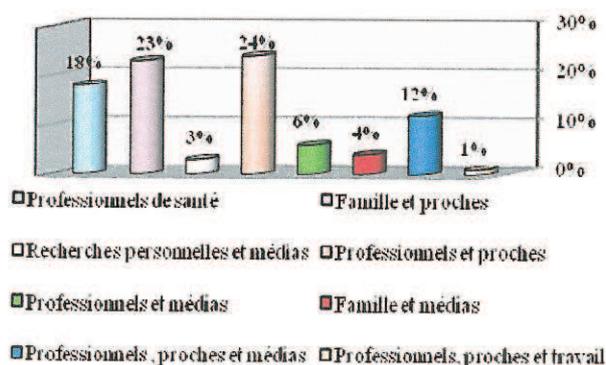
Avant la grossesse, 28% des patientes ont envisagé leur accouchement sous APD. La majorité des patientes ont souhaité accoucher sous APD lors de la grossesse (52%). Enfin, 10% des patientes interrogées ont pris cette décision lors de l'accouchement.

Il n'existe pas d'influence significative de l'âge, du niveau d'études, de la religion ni de la participation aux cours de préparation à la naissance sur le désir d'accoucher sous APD (respectivement $p=0.417$, $p=0.656$, $p=0.919$, $p=0.410$).

5.1.6. Moyens d'informations avant la grossesse

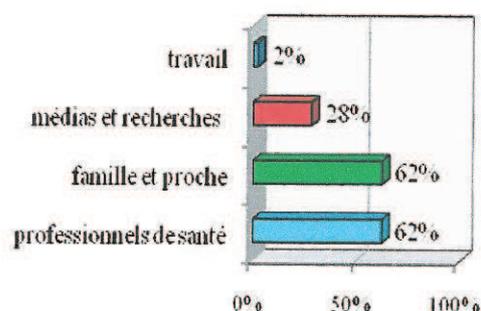
Moyens d'informations lors de la grossesse

n=100



Moyens d'informations

n=100



Globalement, 62% des patientes ont au moins reçu des informations par des professionnels de santé. Elles sont 62% à avoir reçu des informations par l'entourage et 28% ont fait des recherches personnelles ou reçu des informations par les médias.

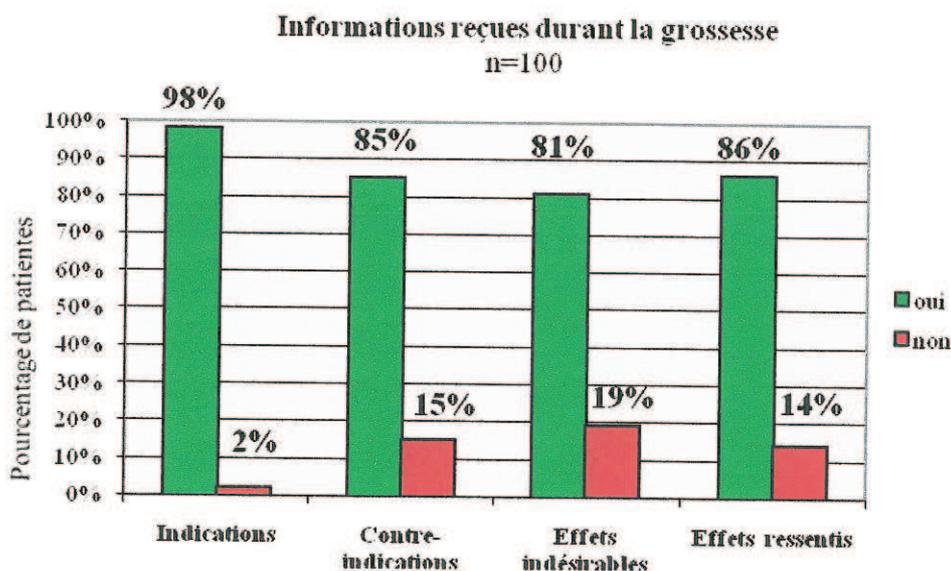
5.2. Déroulement de la grossesse

5.2.1. Participation aux cours de préparation à la naissance

Seulement 53% des patientes ont participé au cours de préparation à la naissance. Parmi ces 53 femmes, 8 ont trouvé que les cours de préparation ne les avaient pas aidées à gérer la douleur de l'accouchement (15%). Parmi ces femmes, 2 ont précisé qu'elles avaient eu une douleur si intense, qu'elle les avait empêchées de mettre à profit les méthodes de relaxation apprises.

Au total, 45 patientes (85%) ont trouvé que les cours de préparation à la naissance les avaient aidées à gérer la douleur lors de l'accouchement.

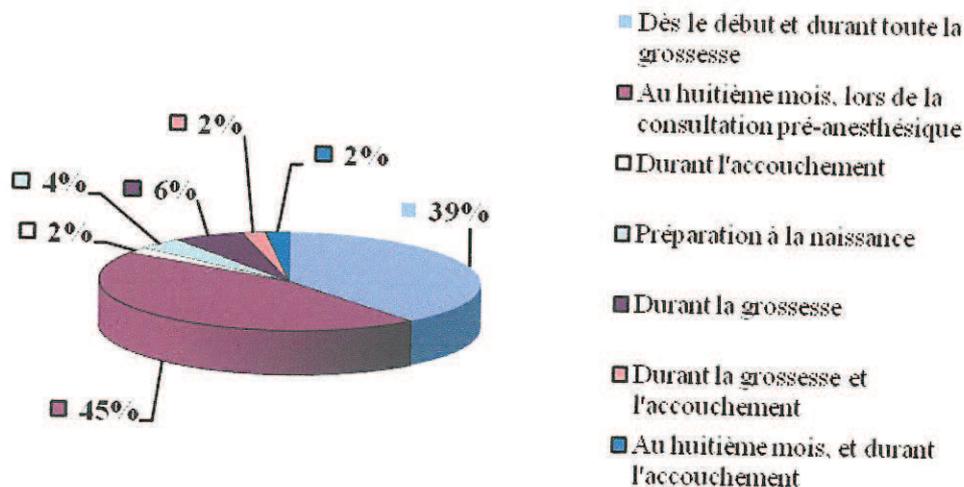
5.2.2. Informations reçues pendant la grossesse



Une très grande majorité des patientes se souvient avoir reçu des informations concernant les indications, les contres indications, les effets indésirables et les effets secondaires de l'APD.

5.2.3. A quelle période et par qui les informations ont été dispensées

Informations durant la grossesse
n=100

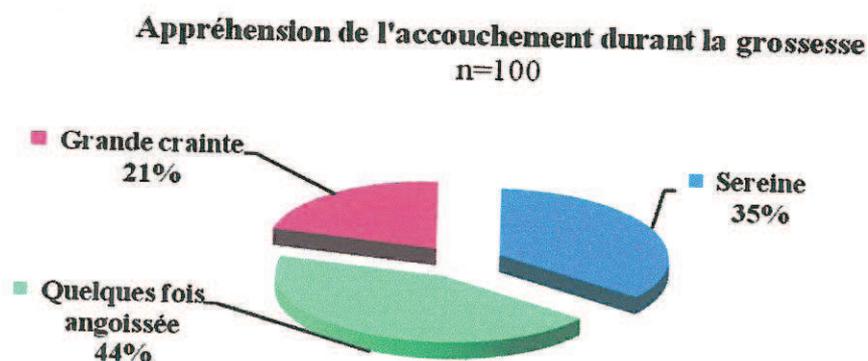


En ce qui concerne les informations reçues durant la grossesse :

- 39% précisent avoir reçu des informations dès le début et durant toute la grossesse.
- 47% précisent avoir reçu des informations concernant l'APD au huitième mois de grossesse dont 96% exclusivement lors de la consultation pré-anesthésique.
- 6% répondent avoir reçu des informations durant l'accouchement.
- 4% des patientes précisent avoir reçu des informations exclusivement lors des cours de préparation à la naissance, soit 4 patientes parmi les 53 ayant participé à ces cours.

Au total, 77% des patientes ont répondu avoir reçu des informations par un médecin anesthésiste-réanimateur lors de la grossesse, 55% par une sage-femme, 9% par un médecin gynécologue-obstétricien et 9% des patientes par leur médecin traitant.

5.2.4. Appréhension de l'accouchement, pendant la grossesse

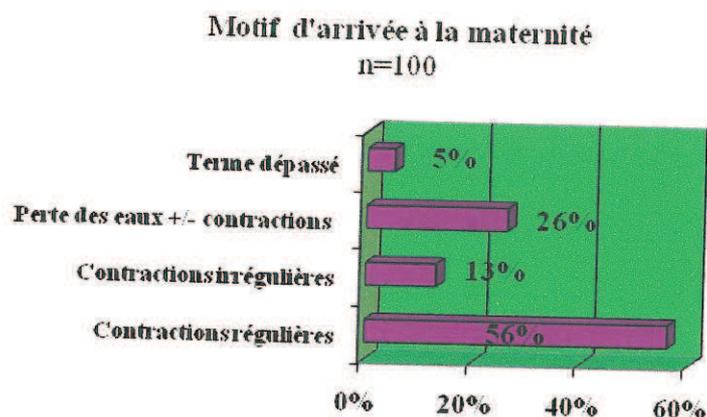


Dans notre étude, une majorité de femmes se sont senties quelques fois angoissées lors de la grossesse (44%), 35% étaient relativement sereines et 21% ont ressenti une grande crainte vis-à-vis de l'accouchement.

Il n'existe pas d'influence significative de l'âge maternel sur l'appréhension de l'accouchement ($p=0.495$).

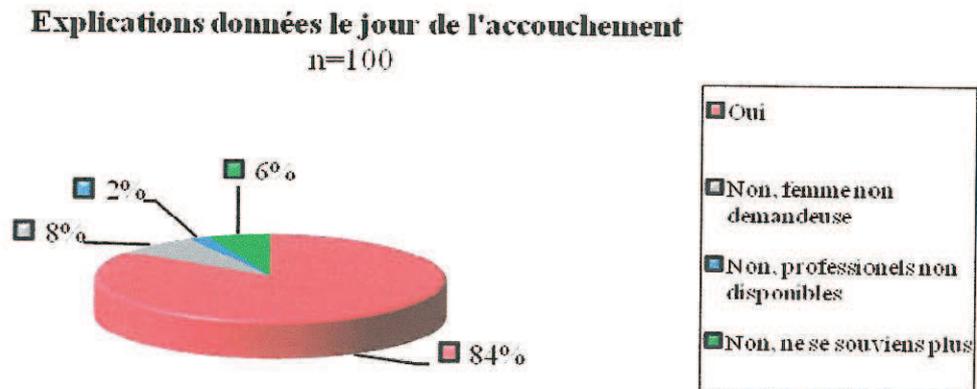
5.3. Déroulement de l'accouchement avant la pose de l'APD

5.3.1. Motif d'arrivée à la maternité



- 56% des parturientes se sont rendues à la maternité pour des contractions régulières et/ou rapprochées.
- 26% pour la perte des eaux plus ou moins associée à des contractions utérines.
- 13% pour des contractions irrégulières.
- 5% des patientes se sont rendues à la maternité pour dépassement de terme.

5.3.3. Explications données concernant l'APD en salle de naissance



Le jour de l'accouchement, 84% des patientes estiment avoir reçu des informations au sujet de l'APD. Par conséquent, 16% estiment ne pas avoir reçu d'informations, soit 16 patientes. Parmi ces femmes, 8 n'étaient pas demandeuses d'informations, 2 ont répondu ne pas avoir reçu d'informations dû à l'indisponibilité de l'équipe médicale et 6 patientes ne se souviennent plus des raisons de l'absence d'informations lors de l'accouchement.

5.3.4. Délai d'attente entre l'arrivée en salle de naissance et la pose de l'APD et justification

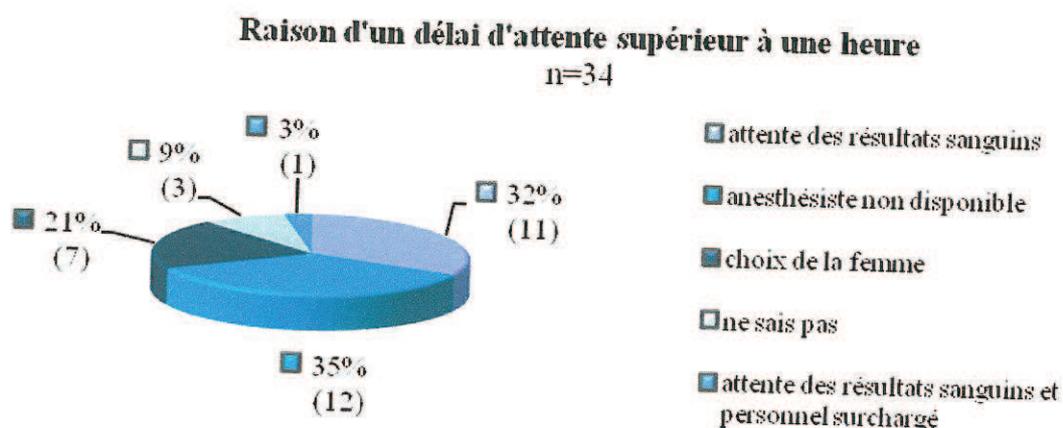
- **Informations issues du dossier obstétrical**

Le délai d'attente a été supérieur à 45 minutes pour 31% des patientes.

Dans les 47 dossiers obstétricaux où la durée du délai d'attente a été inscrite supérieure à 30 minutes, on retrouve :

- dans 53% des dossiers l'absence de justification du délai d'attente.
- 30% sont justifiés par l'indisponibilité de l'anesthésiste.
- 11% sont justifiés par l'attente des résultats sanguins.
- 6% sont justifiés par le choix de la patiente.

• Informations issues du questionnaire

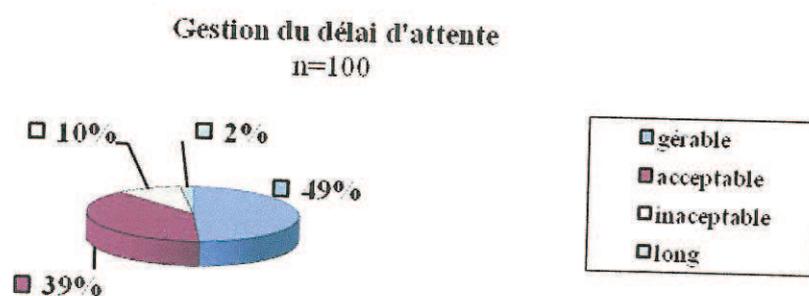


66% des femmes ont eu la sensation d'attendre moins d'une heure. Parmi les 34 autres patientes, les motifs d'attente supérieur à une heure ont été expliqués par :

- l'indisponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur, pour 35% des cas.
- l'attente des résultats sanguins, pour 32% des patientes.
- le choix de la patiente elle-même, dans 21% des cas.
- l'attente des résultats sanguins et l'indisponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur, dans 3% des cas.
- 9% ne connaissent pas les raisons de cette attente.

Dans 16 cas où le délai d'attente a été supérieur à une heure et a été justifié dans le dossier, 10 femmes (63%) connaissaient exactement leur motif d'attente.

5.3.5. Gestion du délai d'attente



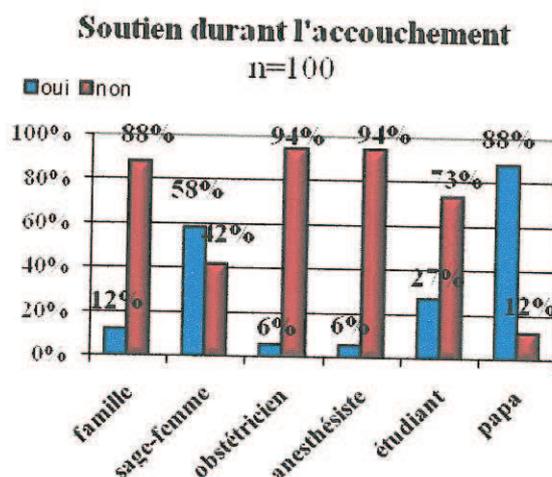
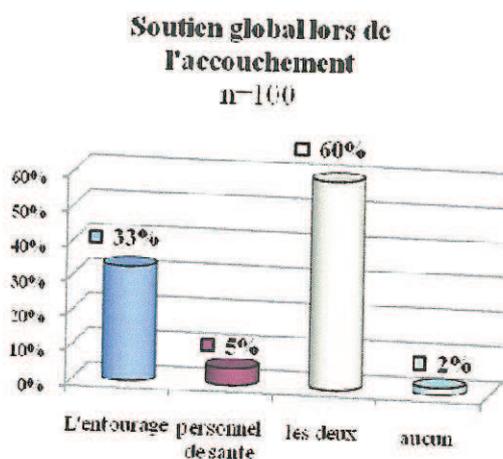
- 88% des parturientes ont considéré ce délai gérable voir acceptable.
- 12% l'ont trouvé trop long voir inacceptable.

Il n'existe pas d'influence particulière selon la période de la journée, ni de la semaine (semaine ou week-end) sur le délai d'attente (inscrit dans le partogramme) avant de bénéficier d'une APD (respectivement $p= 0.734$ et $p= 0.218$).

La durée du délai d'attente a eu une influence significative sur la façon dont les patientes l'ont géré ($p= 0.047$) : plus le délai a été long et plus la façon dont les patientes ont géré l'attente a été difficile.

L'âge, l'existence d'une installation en chambre de pré-travail, le degré de douleur ressenti avant la pose de l'APD ainsi que l'appréhension de l'accouchement n'ont pas eu d'influence significative sur la façon dont les parturientes ont vécu ce délai (respectivement $p=0.474$, $p= 0.552$, $p=0.720$ $p=0.075$). De plus, une majorité de parturientes ayant été installées en chambre de pré-travail ont trouvé le délai d'attente avant la pose de l'APD acceptable.

5.3.6. Soutien pendant l'accouchement



De façon globale, 33% des patientes se sont senties soutenues par la famille, 60% à la fois par l'entourage et par le personnel de santé et 5% uniquement par le personnel de santé. Deux patientes ont répondu ne pas avoir été soutenues pendant l'accouchement (2%).

De façon plus détaillée, 88% des patientes estiment avoir été épaulées par le papa et 58% des patientes se sont senties soutenues par la sage-femme.

5.3.7. Cotation de la douleur avant l'installation de l'APD

- Données issues du questionnaire

Intensité douloureuse ressentie avant la pose de l'APD, issue du questionnaire
n=100



□ 0 : aucune

□ 1 - 5 : douleur gênante mais supportable

□ 6 - 9 douleur insupportable

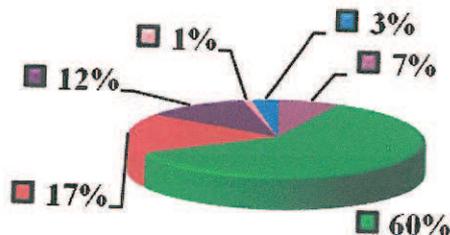
□ 10 : douleur la plus intense qui soit

Avant l'installation de l'APD, 91% des patientes ont ressenti une douleur insupportable (dont 31 patientes ont coté l'intensité douloureuse à 10), 9% ont ressenti une douleur gênante mais supportable (cotation entre 1 et 5).

Aucune influence significative des convictions religieuses, de l'âge, ou du niveau d'études sur le degré de douleur ressentie avant la pose de l'APD (respectivement $p=0.211$, $p=0.369$, $p=0.119$) n'ont été mis en évidence.

- Données issues du partogramme

Intensité douloureuse inscrite dans le dossier, avant l'APD
n=100



□ 0 : aucune douleur

□ 1 - 5 : douleur gênante mais supportable

□ 6 - 9 douleur insupportable

□ 10 : douleur la plus intense

□ Aucune EVA

□ Aucune EVA, femme calme

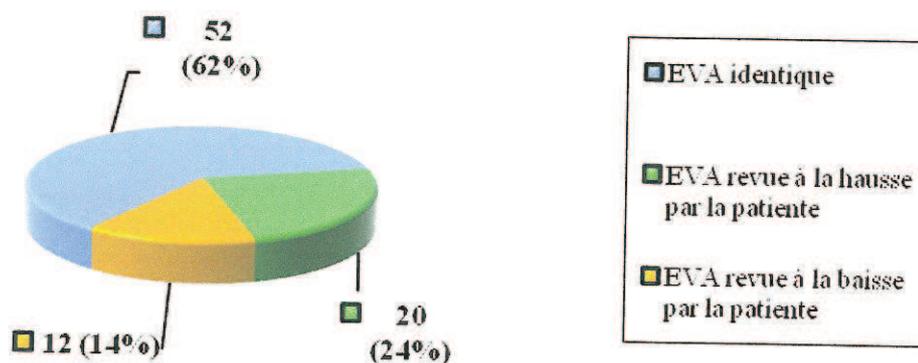
On retrouve une cotation de la douleur gênante mais supportable dans 7% des dossiers, 77% des cotations correspondent à une douleur insupportable dont 22% ont coté l'intensité douloureuse à 10 (17 patientes).

Aucune cotation de la douleur n'a été retrouvée dans 16% des dossiers.

- Comparaison entre la cotation de la douleur issue du questionnaire et celle inscrite dans le partogramme

Dans 16% des dossiers, aucune cotation de la douleur n'a été retrouvée (d'où n=84).

Comparaison entre intensité douloureuse issue du questionnaire à celle issue du dossier, avant l'APD
n= 84



Nous avons comparé la cotation de la douleur issue du questionnaire à l'EVA retrouvée dans le partogramme. Parmi les 84 dossiers, on retrouve :

- 62%, soit 52 des cotations de la douleur sont identiques entre le questionnaire et le partogramme.
- 24%, soit 20 cotations de la douleur ont été revues à la hausse par la patiente dans le questionnaire.
- 14%, soit 12 cotations ont été revues à la baisse par la patiente.

5.4. Conditions de pose de l'APD et efficacité

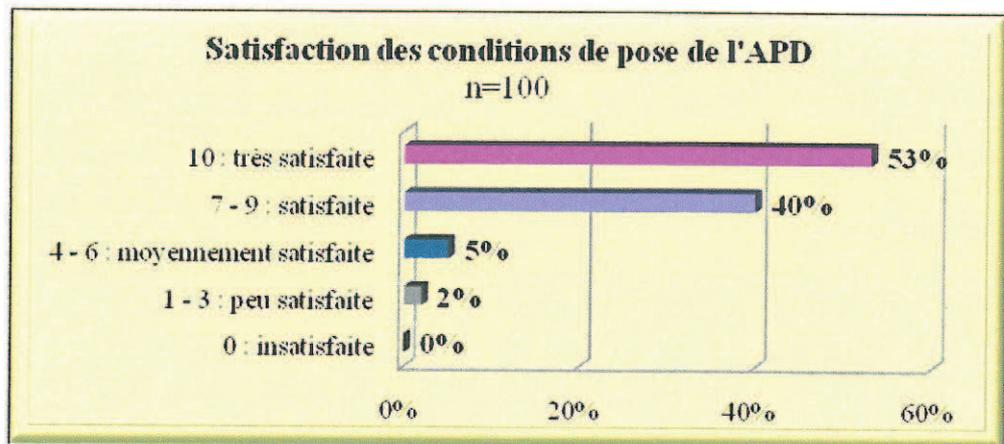
5.4.1. Dilatation lors de la pose de l'APD

Lors de la pose de l'APD, 78% des patientes étaient en début de phase active.

Dans l'ensemble de notre étude, 78% des patientes avaient une dilatation cervicale identique à l'arrivée en salle de naissance lors de l'installation de l'APD.

5.4.2. Position et satisfaction des conditions de pose

Lors de la pose de l'APD, 95 % des patientes étaient installées en position assises et 5% des patientes étaient installées en décubitus latéral.



Une grande majorité des patientes est satisfaite voir très satisfaite des conditions de pose de l'APD (93%). Parmi ces patientes, on retrouve les 5 patientes ayant bénéficié de l'installation de l'APD en décubitus latéral. Celles-ci sont toutes satisfaites des conditions de pose. Seulement, 7 patientes sont moyennement satisfaites ou peu satisfaites des conditions de pose.

Il n'existe pas d'influence significative du degré de douleur ressenti avant la pose de l'APD sur la satisfaction des conditions de pose de celle-ci ($p= 0.876$).

En très grande majorité, les patientes ont répondu que l'installation de l'APD avait été réalisée au moment où elles en avaient besoin (80%) et 20% des patientes estiment avoir bénéficié tardivement de l'APD.

5.4.3. Souhait de la présence d'un accompagnant

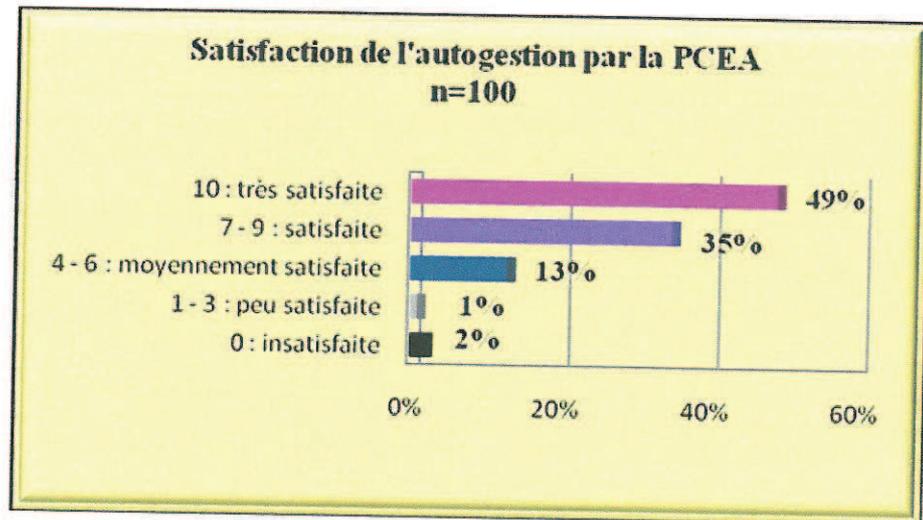
Seul 47% des patientes auraient souhaité la présence d'un proche pendant l'installation de l'APD.

Il existe une influence significative de l'âge sur le désir d'être accompagnée par un proche lors de la pose de l'APD ($p= 0.007$) : plus les patientes sont jeunes et plus elles souhaitent la présence de leur compagnon lors de la pose de l'APD.

ETUDE

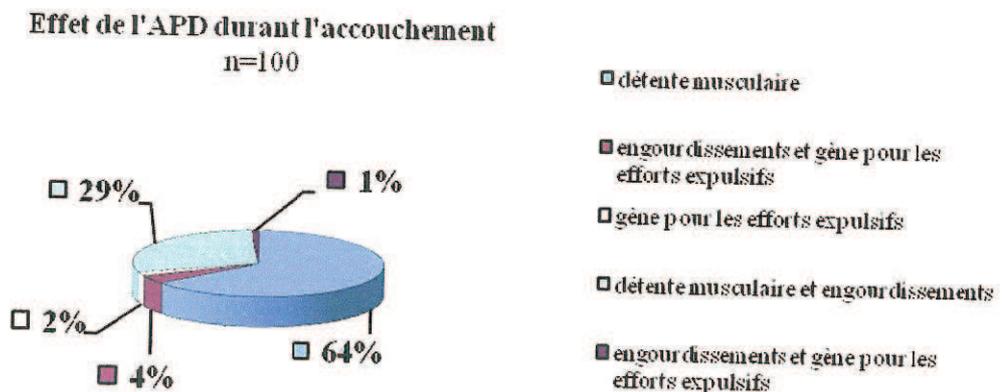
5.4.4. Efficacité de l'APD

- Satisfaction de l'autogestion par la méthode de PCEA



- Une très grande majorité des patientes sont satisfaites voir très satisfaites (84%) de la PCEA.
- 13% ont été moyennement satisfaites.
- Seul 3% patientes ont été peu satisfaites, voir insatisfaites.

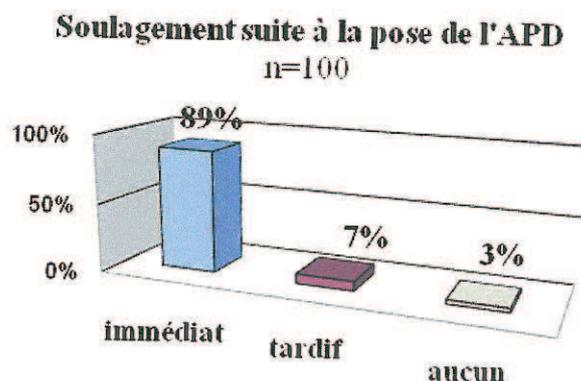
- Effet physique de l'APD



La majorité des patientes ont ressenti une détente musculaire (plus de 64%). Seul 3% des patientes se sont senties gênées lors des efforts expulsifs.

Aucune complication suite à l'APD n'a été retrouvée dans le dossier obstétrical des patientes interrogées.

- Efficacité de l'APD



89 patientes ont été immédiatement soulagées. Parmi ces patientes :

- 81 patientes ont bénéficié d'un soulagement durant l'ensemble de l'accouchement.
- 5 patientes ont eu une APD d'efficacité partielle.
- 3 patientes ont eu une APD latéralisée.

7 patientes ont eu un soulagement tardif. Parmi ces patientes :

- 4 patientes ont bénéficié d'un soulagement durant l'ensemble de l'accouchement.
- 3 patientes ont eu une APD d'efficacité partielle.

4 patientes n'ont pas été pas soulagées après la pose l'APD :

- 1 patiente a bénéficié d'un soulagement durant l'ensemble de l'accouchement suite à la pose d'une seconde APD.
- 1 patiente a eu une APD d'efficacité partielle.
- 2 patientes n'ont ressenti aucun effet de l'APD.

5.4.5. Déambulation

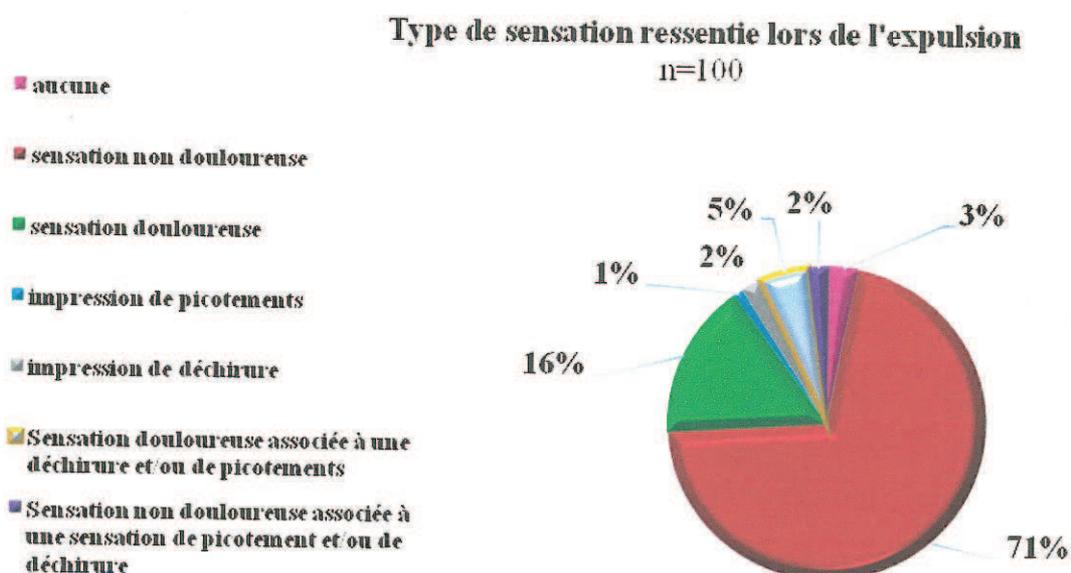
- 14% des patientes ont répondu avoir déambulé après la pose de l'APD.
- Parmi les autres patientes, seul 17 femmes auraient souhaité déambuler durant le travail.

5.4.6. Changements de position

Lors du travail, 89% patientes ont pu changer de position. Parmi les autres patientes (11%), 82% ont répondu qu'elles ne souhaitaient pas se mobiliser.

5.5. Phase d'expulsion

5.5.1. Type de sensation perçue lors de l'expulsion



Lors de la phase d'expulsion, 74% des patientes n'ont ressenti aucune sensation douloureuse. Parmi ces femmes, 4% (3 patientes) ont répondu n'avoir ressenti « aucunes sensations ».

21% ont ressenti des sensations douloureuses associées ou non à des sensations de déchirure et/ou de picotements.

3% des patientes ont ressenti une sensation de déchirure ou de picotement non associé une perception douloureuse.

5.5.2. Satisfaction des sensations ressenties au moment de l'expulsion

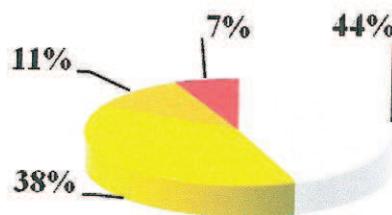
Lors de l'expulsion, les sensations ont été perçues suffisantes pour 89% des patientes et 11% auraient aimé en percevoir plus.

5.5.3. Intensité douloureuse ressentie lors de l'expulsion

- Données inscrites dans le questionnaire

Intensité douloureuse ressentie lors de l'expulsion, issue du questionnaire

n=100



□ 0 : aucune

■ 1 - 5 : douleur gênante mais supportable

■ 6 - 9 : douleur insupportable

■ 10 : douleur la plus intense

Lors de l'expulsion :

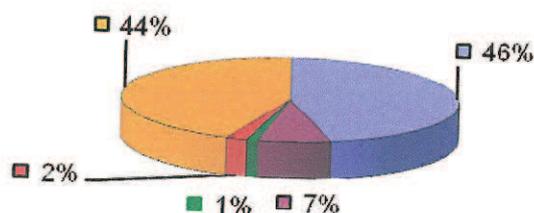
- 44% n'ont ressenti aucune douleur.
- 38% ont ressenti une douleur gênante mais supportable ;
- 18% ont ressenti une douleur insupportable, dont 39% ont coté la douleur à 10 (7 patientes).

Le degré de douleur ressentie lors de l'expulsion a eu une influence très significative sur la satisfaction globale de la patiente concernant l'APD ($p=0.001$).

Dans cette étude, la macrosomie ainsi que la variété de présentation céphalique fœtale n'ont pas eu d'incidence significative sur l'intensité douloureuse perçue au moment de l'expulsion (respectivement $p=0.927$ et $p=0.770$).

- Données inscrites dans le partogramme

Intensité douloureuse inscrite dans le dossier, lors de l'expulsion
n=100



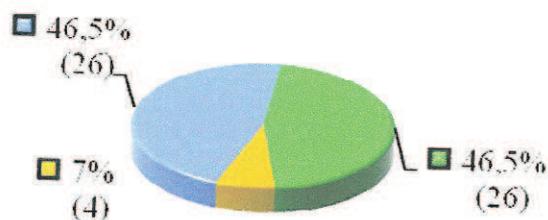
- 0 : aucune douleur
- 1 - 5 : douleur gênante mais supportable
- 6 - 9 douleur insupportable
- 10 : douleur la plus intense
- Aucune EVA, ni de précision dans le dossier

Une cotation de la douleur a été retrouvée dans seulement 56% des dossiers :

- 18% de patientes ont ressenti une douleur (10 patientes) dont 20% des cotations étaient à 10.
- 82% n'ont rien ressenti (46 patientes).

- Comparaison entre les deux sources de données

Comparaison entre l'intensité douloureuse issue du questionnaire à celle issue du dossier, lors de l'expulsion
n=56



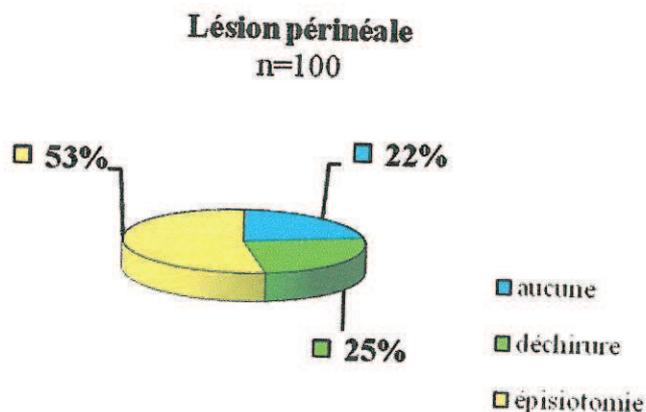
- EVA identique
- Eva revue à la hausse par la patiente
- Eva revue à la baisse par la patiente

Lors de la comparaison entre les 56 dossiers et leurs questionnaires correspondants :

- 46,5%, soit 26 cotations sont identiques entre le questionnaire et le partogramme.
- 46,5%, soit 26 cotations d'EVA ont été revues à la hausse par les patientes lors du questionnaire.
- 7%, soit 4 cotations ont été revues à la baisse par les patientes.

5.5.4. Lésion périnéale

- Type de lésion périnéale d'après le dossier obstétrical



Lors de l'accouchement, 22% des patientes ont eu un périnée intact. Parmi les 78% de patientes ayant eu une lésion périnéale, 32% ont eu une déchirure périnéale (25 patientes) et 68% ont eu une épisiotomie (53 patientes).

L'âge n'a pas eu d'influence sur la réalisation de l'épisiotomie ($p=0.642$). De plus, le type de lésion périnéale n'a pas eu d'influence significative sur le degré de douleur ressenti lors de la phase d'expulsion ($p=0.327$).

- Réfection de la lésion périnéale et degré de satisfaction

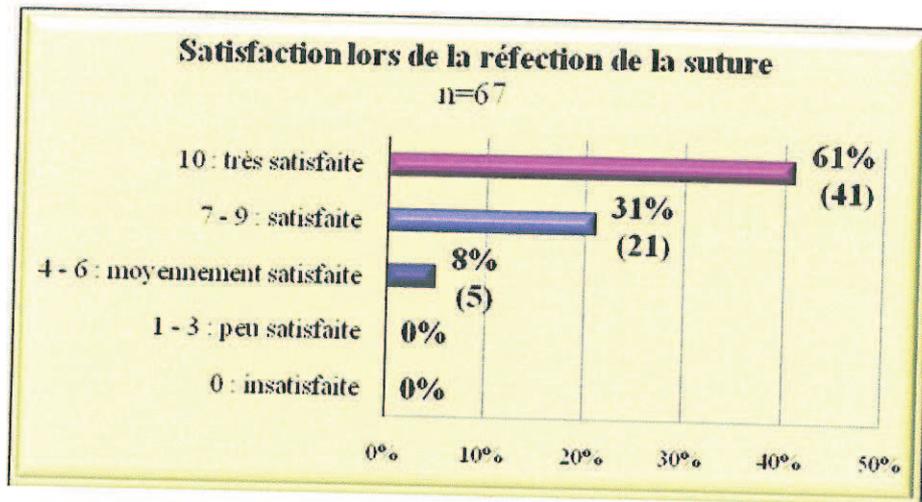
Parmi les 78 patientes ayant eu une lésion périnéale :

- 90% ont bénéficié d'une suture de la lésion périnéale, soit 70 patientes.

Parmi ces 70 femmes :

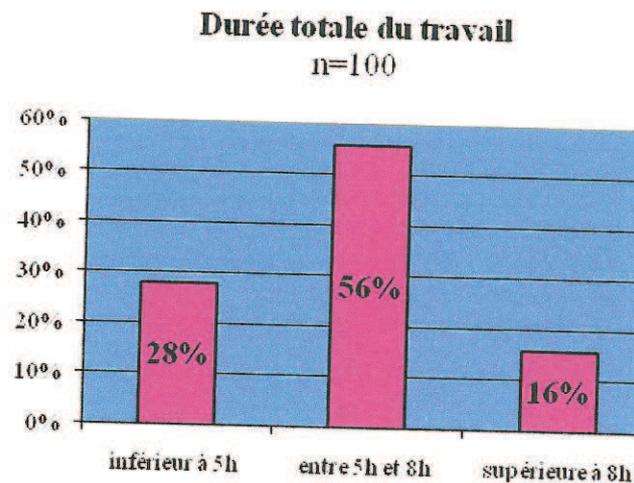
- 19% ont répondu avoir perçu la suture douloureuse.
- 79% n'ont pas perçu la suture douloureuse.
- 2% n'ont pas répondu à cette question.

96% des patientes ont répondu à la question concernant la satisfaction de la réfection de la lésion périnéale (67 patientes), 4% n'ont pas répondu à cette question (3 patientes).



Une grande majorité des patientes (92%) sont satisfaites voir très satisfaites de l'APD lors de la réfection de la lésion et 7% des patientes sont moyennement satisfaites (5 patientes).

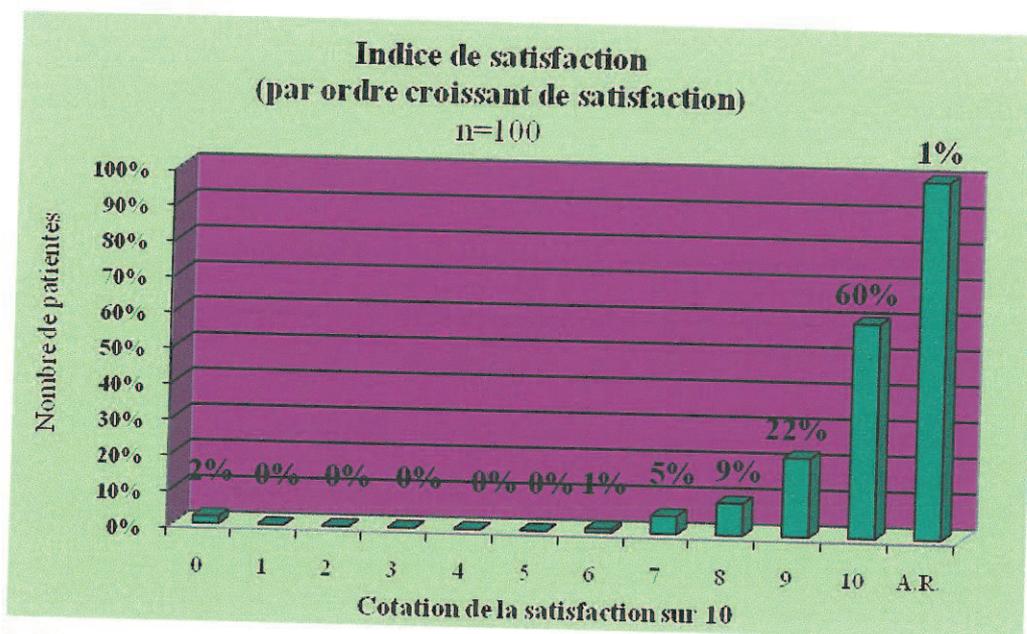
5.6. Durée et direction du travail



- La phase de latence n'apparaît pas dans la durée totale du travail.
- 56% des primipares ont eu une durée de travail variant de 5 heures à 8 heures, depuis l'installation en salle de naissance, 28% ont eu une durée de travail inférieur à 5 heures et 16% des patientes ont eu une durée du travail supérieure à 8 heures.
- 85% des patientes ont bénéficié d'une direction du travail (rupture artificielle des membranes et/ou introduction de syntocinon durant le travail).

5.7. Indice de satisfaction globale et désir pour un prochain accouchement

5.7.1. Indice de satisfaction globale



A.R. = Aucune Réponse

La moyenne de l'indice de satisfaction s'élève à 9.22 sur 10 (déviatoin standard 1.61)

96 patientes se déclarent satisfaites voir très satisfaites de l'APD. Parmi ces patientes, 62% ont un indice de satisfaction coté à 10 (60 patientes). Seul 2 patientes ont déclaré être insatisfaites et une moyennement satisfaite.

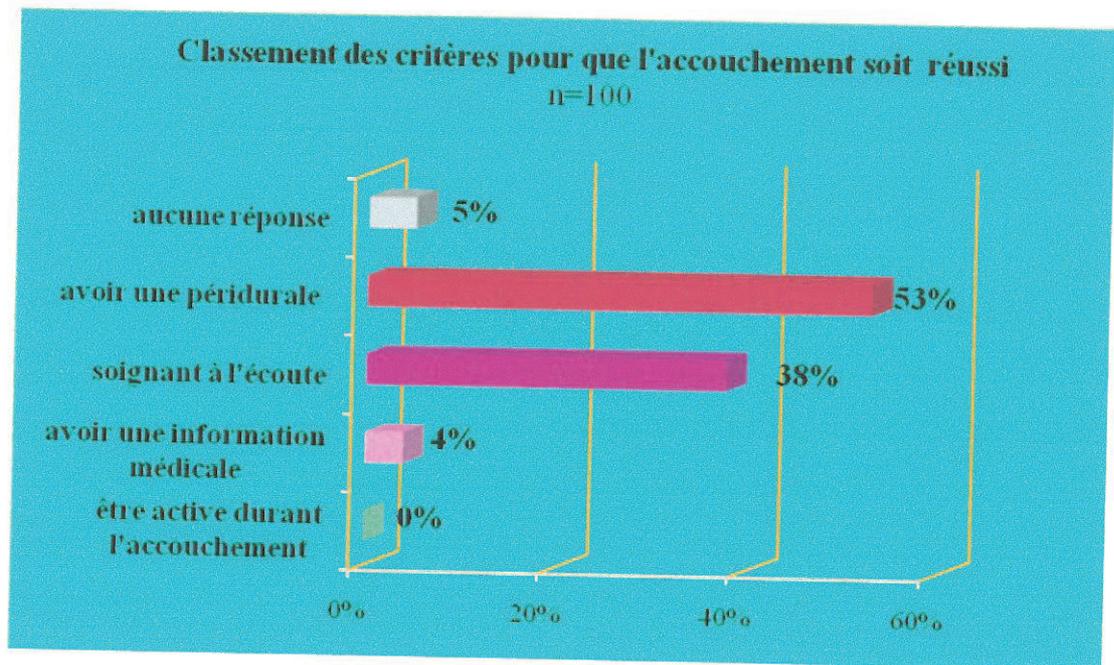
L'âge, la religion et le niveau d'études n'ont eu aucune influence significative sur la moyenne de l'indice de satisfaction (respectivement $p=0.607$, $p=0.882$ $p=0.894$).

5.7.2. Souhait d'une APD pour un prochain accouchement

Au terme de cette étude, 85% des patientes ont déclaré souhaiter accoucher de nouveau sous APD, 15% des patientes étaient indécises et aucune patiente ne souhaite pas d'APD lors d'un prochain accouchement.

Aucune influence significative de l'âge maternel, du degré de douleur ressenti avant la pose de l'APD ou lors de l'expulsion n'ont été mis en évidence (respectivement $p=0.726$, $p=0.316$, $p=0.643$).

5.7.3. Critères pour que l'accouchement soit vécu réussi



- ✓ Le soulagement de la douleur est le critère le plus important pour 53% des patientes. Parmi ces patientes :
 - 64% souhaitent ne pas ressentir de douleur lors des contractions utérines du travail.
 - 36% souhaitent avoir une APD et ne rien ressentir lors de la phase de l'expulsion fœtale.
- ✓ L'écoute et par conséquent le soutien apparaît comme un critère essentiel pour 38% des patientes.
- ✓ La notion d'information médicale ne semble être un critère important que pour 4% des patientes.
- ✓ Aucune patiente ne considère la mobilisation et être active comme essentielle.
- ✓ 5 % des patientes n'ont pas compris le mode de réponse de cette question.
- ✓ Aucune patiente n'a cotée une attente particulière dans cette question.

Il n'existe pas d'influence significative de la religion de l'âge et du niveau d'études sur ce choix (respectivement $p=0.886$, $p=0.622$, $p=0.154$).

DISCUSSION

Au terme de notre étude, nous avons obtenu des résultats permettant de répondre à quelques-unes de nos questions et d'ouvrir de nouvelles perspectives d'études. De plus, de nombreux aspects de notre prise en charge ont pu être mis en évidence.

L'amélioration du niveau d'études des femmes s'accompagne d'une augmentation de l'âge moyen de la femme nullipare. Depuis 1977, l'âge moyen des mères est passé de 26,5 ans à 29,5 ans, en 2002 (106). Au sein de notre étude, notre population se compose de 39% de patientes âgées de plus de 25 ans. Par conséquent, on ne retrouve pas de décalage franc de la nulliparité. Cependant, on constate l'existence d'une augmentation du niveau d'études puisque 56% ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat. Depuis 1998, le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat est passé de 38,7 % à 42,6 %, alors que le pourcentage de femmes ayant un niveau correspondant au premier cycle d'une filière technique a baissé (106-107). Ces constatations mettent en évidence l'implication de la femme dans sa vie professionnelle.

Durant la grossesse, donner des informations est essentiel aux patientes. C'est un devoir de l'équipe médicale. Avant la grossesse, 62% des patientes déclarent avoir reçu des informations concernant l'APD, par des professionnels de santé. Elles sont complétées lors de la grossesse puisque plus de 80% des femmes se souviennent avoir reçu des informations (indications, contre-indications, effets indésirables, effets secondaires provoqués par l'APD). Malheureusement, suite à une mauvaise formulation du questionnaire, la période à laquelle les informations ont été données n'a pas pu être exploitée. Cependant, notre étude a mis en évidence un taux de 77% de patientes ayant reçu des informations par un médecin anesthésiste-réanimateur, durant la grossesse. Or, nous aurions dû obtenir un résultat de 100% puisque la consultation pré-anesthésique est obligatoire, d'autant que toutes les patientes nullipares en bénéficient de façon systématique au CHU de Rouen. D'autre part, la majorité des patientes (84%) précisent avoir reçu des explications concernant l'APD, lors de l'accouchement. Malheureusement, le professionnel ayant dispensé ces informations n'a pas été précisé. On peut en déduire qu'il existe une réelle dispense d'informations concernant l'APD mais que les patientes ne se souviennent probablement pas de façon exacte de la personne qui leur dispense ces informations. Cependant, lors de la grossesse, seul 55% des patientes ont répondu avoir reçu des informations par une sage-femme. Cette observation nous permet d'émettre deux hypothèses.

Soit, la patiente n'a aucun souvenir des informations données par la sage-femme, soit celle-ci n'a pas donné assez d'informations à sa patiente. Or, ce rôle d'information fait partie intégrante de l'exercice de la sage-femme. Elle doit dispenser des informations concernant l'APD, durant la grossesse afin de réduire les angoisses et les peurs des patientes à l'égard de cet acte médical, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une première grossesse. Toutefois, cette étude ne nous permet pas de mettre en évidence la satisfaction des patientes à l'égard des informations fournies.

D'après le réseau sentinelle, la participation aux cours de préparation à la naissance par les parturientes, toutes parités confondues, est peu élevée. En effet, en 2003, au sein d'un échantillon réduit, seul 19% y ont participé (107). A cette même date, l'enquête périnatale met en évidence la pratique de la préparation à la naissance par 66,6% des primipares (106). Au sein de notre étude, une petite majorité de patientes a participé à ce type de préparation (53%) : 15% ont estimé qu'ils ne les avaient pas aidés à gérer leur douleur. Ces réponses s'expliquent probablement par l'existence de contractions utérines d'intensité supérieures à ce qu'elles avaient imaginé, tout comme le souligne Palot et al. (47-48). De plus, ces réponses confirment la nécessité de ne pas minimiser, lors des séances de préparation à la naissance, les informations concernant le caractère douloureux de l'accouchement. Malheureusement, notre étude ne nous permet pas de connaître les motifs d'absence de participation à ces cours. De plus, le nombre exact de cours suivis durant la grossesse n'a pas été mis en évidence.

L'assiduité des patientes quant aux recommandations faites a pu être observée lors de notre étude : 90% des patientes ont réalisé le bilan sanguin prescrit, 83% étaient prêts et valides. Parmi les autres patientes, 4% n'avaient pas récupéré les résultats le jour de l'arrivée en salle de naissance et 13% des bilans n'étaient plus valides. Cet excellent résultat traduit l'intérêt des patientes à l'égard de l'APD, tout comme l'existence de recherches personnelles par internet ou par les médias pour 28% des patientes interrogées, soit presque une femme sur trois.

D'après les informations issues des dossiers obstétricaux, 53% des motifs d'attente ne sont pas justifiés. Parmi les dossiers où les motifs d'attente ont été justifiés, seul 47% des patientes ont eu un délai d'attente supérieur à 30 minutes : 64% des motifs d'attente ont été justifiés par l'indisponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur, 23% par l'attente des résultats sanguins et 13% par le choix de la patiente.

Par ailleurs, l'influence de la période de la journée ou de la nuit sur le délai d'attente avant l'obtention de l'APD n'a pas été mise en évidence (respectivement $p= 0.734$ et $p= 0.218$). Nous pouvons donc observer qu'il existe une rapidité de prise en charge de la douleur dans ce centre de niveau III puisque seulement 31% des parturientes ont attendu plus de 45 minutes. Parmi les patientes ayant eu la sensation d'attendre plus d'une heure et lorsque le délai d'attente est justifié dans le dossier obstétrical, soit 16 cas, 63% des patientes connaissaient leur motif d'attente. Nous pouvons supposer qu'il existe dans la majeure partie des cas une explication donnée aux patientes quant aux raisons d'attente. Cependant, nous regrettons l'absence de justification de celui-ci dans de nombreux dossiers obstétricaux. Il paraît essentiel que la patiente soit informée des raisons de son attente et que l'information fournie soit inscrite dans le partogramme.

D'autre part, nous avons été surpris de constater l'existence d'une tolérance de la douleur lors du délai d'attente puisque seul 12% des patientes l'ont trouvé inacceptable ou trop long. De même, seul 20% des patientes estiment que la pose de l'APD a été tardive, d'autant que 91% des patientes ont ressenti une douleur intense lors de cette période (intensité douloureuse supérieure ou égale à 6). Comme nous le supposions, la durée d'attente a eu une influence significative sur la façon dont les patientes l'ont géré ($p= 0.047$). Contrairement à ce que nous avons envisagé, les convictions religieuses, l'âge et le niveau d'études n'ont pas eu d'influence sur le niveau de douleur perçu avant la pose de l'APD (respectivement $p=0.211$, $p=0.369$, $p=0.119$).

Lors de l'étude des dossiers obstétricaux, l'existence d'une cotation de la douleur avant la pose de l'APD a été retrouvée pour 84% des patientes. Or, c'est une notion importante dans la prise en charge de la douleur qui mérite d'être inscrite dans le partogramme. Lorsque l'on compare la cotation de la douleur inscrite dans ces 84 dossiers aux questionnaires correspondants, l'existence d'une cotation identique à distance de l'accouchement a été mise en évidence pour 62% des patientes. Seul 24% des patientes ont revu cette cotation à la hausse lors du questionnaire contre 14% à la baisse. Nous pouvons supposer que la douleur était si intense qu'elle est encore gravée dans la mémoire de la patiente et émettre l'hypothèse que le souvenir de la douleur n'appartient pas encore au registre du souvenir 48 heures après l'accouchement.

Tout comme Palot, on retrouve une demande précoce de l'APD chez la nullipare (47). Lors de notre étude, l'installation de l'APD a été réalisée en début de phase active de la dilatation pour 78% des patientes et 78% des parturientes avaient une dilatation identique à l'arrivée en salle de naissance. D'autre part, seul 28% des patientes ont été installées directement en salle de naissance. Par conséquent, lorsque aucune méthode de soulagement n'est proposée et que la dilation suffisante est obtenue pour l'installation de l'APD, celle-ci a de grande chance d'être réalisée précocement. L'une des patientes a précisé qu'elle regrettait l'absence de méthodes de soulagement avant la pose de l'APD : celle-ci a bénéficié d'une direction du travail qui a duré plus de 8 heures.

En 1954, Friedman évalua la progression physiologique du travail des primipares. Il démontra que le travail se composait de deux phases : la phase de latence et la phase active. La phase de latence dure de 8 à 10 heures. Elle se poursuit par la phase active, plus rapide, qui dure 5 heures +/- 3 heures. Dans notre étude, 56% de primipares ont eu un travail variant de 5 à 8 heures, 28% ont eu un travail inférieur à 5 heures et 16% des patientes ont eu un travail supérieur à 8h. Cependant, la durée de la phase de latence n'a pas été prise en compte. La mise en place d'une APD précoce est sans doute à l'origine d'un taux important de direction du travail. Dans notre étude, 85% des patientes ont été dirigées. Elle est fréquemment employée lors d'APD efficace et est sans doute à l'origine d'une durée de travail équivalente à celle établie par Friedman.

Concernant les conditions de pose de l'APD, 93% patientes sont satisfaites, voir très satisfaites. Parmi ces patientes, 5% étaient installées en décubitus latéral. Contrairement à ce que l'on aurait pu concevoir, malgré l'hyperalgie et l'installation en position assise, l'existence d'une insatisfaction des conditions de pose n'a pas été retrouvée. De plus, la douleur ressentie avant la pose de l'APD n'a pas eu d'influence significative sur la satisfaction des conditions de pose, qui auraient pu paraître négative ($p=0.876$). Malgré tout, 7% des patientes ont été moyennement satisfaites voir peu satisfaites. Les raisons n'ont malheureusement pas été précisées. Cependant, nous pouvons émettre différentes hypothèses. Effectivement, l'hyperalgie peut en être à l'origine. Dans son étude, Sandefo met en évidence que l'installation du cathéter a été insupportable dans 2% des cas (53). Lors d'une prochaine étude, il serait intéressant d'évaluer le ressenti des patientes durant cette période. De plus, dans notre étude, nous avons remarqué que toutes les patientes souhaitaient la présence de leur compagnon auprès d'elles.

Ainsi, certaines ont précisé : « *J'aurais souhaité sa présence pour me soutenir.* » ou « *Souhait que mon concubin reste avec moi lors de la péridurale (sentiment de sécurité avec lui)* » ou encore « *Mon mari étant présent pour l'accouchement, il est quelque peu frustrant de le voir sortir. De plus, il pouvait être placé devant moi pour me soutenir et ne pas déranger le travail de l'anesthésiste* ».

Contrairement à ce que nous avons imaginé, lors de la pose de l'APD, une minorité de patientes auraient souhaité la présence de leur compagnon (47%). Certaines ont ajouté « *Soutien très important à ce moment car besoin d'un contact pour se concentrer et ne pas bouger pendant le geste* » ou « *Pour me soutenir lors de ce moment douloureux* ». Parmi les patientes n'ayant pas souhaité la présence d'un proche, certaines ont justifié leur choix « *acte impressionnant pour une personne extérieure, sage-femme présente et anesthésiste très explicatif au fur et à mesure de son intervention.* » ou « *J'étais plus concentrée sur les explications données* ».

Tout comme Gillet et Beaumont (25), on retrouve un taux de satisfaction maternelle élevée quant à la PCEA, puisque 84% des patientes s'estiment satisfaites, voir très satisfaites. Cette satisfaction est certainement liée au sentiment d'être plus active dans la prise en charge de la douleur. Malgré tout, 16% des patientes ne sont pas totalement satisfaites. Malheureusement, elles n'en ont pas précisé les raisons. Aucuns facteurs pouvant influencer ces résultats n'ont été retrouvés : la majeure partie des patientes a été soulagée jusqu'à l'accouchement et n'a pas ressenti de douleur lors de l'expulsion.

Par ailleurs, le soulagement de la douleur a été immédiat pour 89% des patientes. Ces résultats confirment la maîtrise de cette technique dans ce service de salle de naissance. Seulement, 7% des patientes ont été soulagées de façon tardive. Malheureusement, le terme « tardif » n'est pas précis. Une absence d'informations complètes expliquant à la patiente que le soulagement de la douleur n'était pas instantané après la pose de l'APD est peut être à l'origine de cette réponse. De plus, le délai compris dans le terme « tardif » est propre à chaque patiente. Seulement, 4% n'ont pas été soulagées par l'APD. L'une des patientes n'a pas été soulagée suite à son accouchement peu de temps après la pose de l'APD. Les 3 autres patientes ont bénéficié de la pose d'une seconde APD qui n'a été efficace que pour deux d'entre-elles.

D'après les dossiers obstétricaux, aucune parturiente n'a déambulé durant le travail. Cette question a probablement été mal formulée ou mal comprise puisque 14 patientes ont répondu avoir déambulé. Nous regrettons l'absence de la mise en place d'une telle méthode qui pourrait augmenter la satisfaction des femmes. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, peu de patientes souhaitaient déambuler lors du travail : seulement 17 patientes auraient apprécié marcher. Aucune patiente n'a précisé les raisons de l'absence ce désir. Cependant, on peut imaginer que l'intensité douloureuse était telle que suite à la pose de l'APD, leur seul souhait était de se reposer.

D'après le questionnaire, 21% des patientes déclarent avoir perçu une sensation douloureuse associée ou non à des sensations de déchirure et/ou de picotements lors de l'expulsion, soit une femme sur cinq. Parmi ces 21 patientes, aucun facteur pouvant influencer la perception douloureuse n'a été retrouvé. De façon globale, il n'a pas été mis en évidence l'influence d'une lésion périnéale sur le degré de douleur ressenti lors de l'expulsion ($p=0.327$). Malgré tout, 17 patientes ont présenté une lésion périnéale parmi lesquelles 10 patientes ont eu une épisiotomie. Il pourrait être intéressant d'évaluer lors d'une prochaine étude si la réalisation de l'épisiotomie est douloureuse lors d'accouchement sous APD.

Lorsque nous avons interrogé les patientes quant à la cotation de la douleur lors de l'expulsion, nous sommes aperçus d'une incohérence entre le type de sensation perçue et la cotation de la douleur, durant cette période. En effet, 56% des patientes ont exprimé l'existence d'une douleur lors de l'expulsion. Parmi ces patientes, 38% ont ressenti une douleur gênante mais supportable (cotation entre 1 et 5). L'indice de satisfaction moyen de ces patientes a été établi à 9.6. Cet excellent résultat montre probablement l'absence d'influence de l'intensité douloureuse lors de l'expulsion sur la satisfaction globale, dans ce groupe. Pour les patientes ayant coté une intensité de douleur insupportable (cotation entre 6 et 9), l'indice de satisfaction globale est à 7.3 et celle des patientes ayant coté la douleur à 10, est à 7,4. Malgré l'existence d'une moyenne relativement élevée dans ces deux précédents groupes, on observe un indice de satisfaction globale inférieur à la moyenne. En effet, il a été mis en évidence l'influence de l'intensité douloureuse ressentie au moment de l'expulsion sur l'indice de satisfaction globale ($p=0.001$).

Mais, contrairement à certaines études, l'existence d'une macrosomie ($p=0.927$) ou d'une variété de présentation céphalique fœtale postérieure ($p=0.770$) n'ont pas eu d'influence significative sur l'intensité douloureuse perçue.

Dans 44% des dossiers obstétricaux, aucune cotation de la douleur n'a été retrouvée. Comme nous l'avons évoqué auparavant, la cotation de la douleur est une notion essentielle qui doit être notée dans le partogramme. Elle doit permettre de réajuster les protocoles de prise en charge de la douleur. Parmi les 56 autres dossiers, 10 patientes ont ressenti une douleur lors de l'expulsion : 20% l'ont coté à 10.

Lorsque l'on compare la cotation de la douleur inscrite dans le questionnaire à celle du partogramme, nous constatons que 46.5% des cotations sont identiques, 46.5% ont été revues à la hausse et 7% à la baisse lors du questionnaire. Nous pouvons alors émettre deux hypothèses. Tout comme Waldenstrom, à distance de l'accouchement, il existe une influence du souvenir sur la perception douloureuse lors de l'expulsion. Cette hypothèse semble peu probable dans notre étude compte tenu d'un taux relativement élevé de cotation identique de la douleur avant la pose de l'APD (62%). Nous pouvons émettre comme seconde hypothèse que le degré de douleur ressenti par la patiente n'a pas été interprété de façon correcte par la sage-femme. De par mon expérience, j'ai pu constater que le degré de douleur lors de l'expulsion est très peu demandé. Celui-ci est très généralement coté par la sage-femme. Cependant, cette cotation ne semble visiblement pas toujours correspondre à celle établie par la patiente. Quoi qu'il en soit, le taux de femmes ayant vécu une phase d'expulsion douloureuse reste élevé et des mesures préventives pourraient éventuellement être envisagées. C'est pourquoi la connaissance de l'intensité douloureuse ressentie par la patiente est essentielle à inscrire dans le dossier afin de permettre une remise en question des protocoles utilisés.

En 2002-2003, le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français a mis en évidence un taux d'épisiotomies de 68 % chez la primipare (90). Notre étude nous a permis de constater un taux d'épisiotomie de 53%. Cependant, elle ne nous permet pas d'en préciser les indications. Dans 4% des cas, il a été noté l'existence d'une macrosomie chez le nouveau-né. Malgré une moindre fréquence du taux d'épisiotomies au CHU depuis quelques années, il reste tout de même supérieur aux recommandations. Effectivement, le CNGOF préconise un taux d'épisiotomie inférieure à 30%.

Parmi les patientes ayant eu une réfection périnéale, il existe un taux de satisfaction global de l'APD de 92% malgré l'existence d'une perception douloureuse de la suture pour 19% des patientes. Malgré la réalisation d'une APD efficace durant le travail, l'appréhension de la suture périnéale peut peut-être influencer les sensations de la patiente. De plus, la réinjection par la PCEA de solution anesthésiante doit être systématiquement réalisée avant toute suture périnéale.

Dans notre population, nous retrouvons des taux nettement inférieurs à ceux retrouvés par Capogna et Goldenberg concernant la planification de l'accouchement sous APD (13-26). Seulement 28% des patientes ont planifié ce souhait avant leur grossesse. D'autre part, 10% des patientes ont désiré accoucher sous APD, lors de l'accouchement. Il n'existe pas d'influence de l'âge, du niveau d'études atteint, de la religion ou de la participation aux cours de préparation à la naissance sur le désir d'accoucher sous APD (respectivement $p=0.417$, $p=0.656$, $p=0.919$, $p=0.410$) contrairement à l'étude de Laurent A. (83). L'existence d'une évolution de ce choix durant l'accouchement pourrait en partie être provoquée par l'ampleur de la douleur ressentie à cette période, comme le constate Palot (48). Dans son étude, elle retrouve dans 23,4% des cas, l'existence d'une évolution de la demande au moment de l'accouchement, principalement chez des nullipares. Cette équipe met en évidence qu'elles changent le plus souvent d'avis (36,4% vs 16% pour les multipares). L'expression d'une forte douleur est significativement plus fréquente que celle envisagée lors de la grossesse (46% pendant la grossesse vs 72,8% pendant le travail). De plus, ce sont les primipares qui signalent le plus souvent cette douleur (77,2% vs 69,3% pour les multipares).

Par ailleurs, cette étude met en évidence le souhait de 76,9% des patientes d'accoucher de nouveau sous APD. Au sein de notre étude, 85% des patientes ont émis ce souhait. Ces taux reflètent l'efficacité, la connaissance et la confiance des patientes à l'égard de l'APD qui ne cesse d'être sollicitée.

Lors de notre étude, nous avons mis en évidence la place à part entière du soulagement de la douleur dans la réussite d'un accouchement. En effet, 53% des patientes considèrent l'accouchement réussi si une prise en charge de la douleur par l'APD est réalisée. Parmi ces patientes, 64% estiment que le soulagement des contractions utérines est essentiel et 36% considèrent que le soulagement de la phase d'expulsion est le plus important des critères.

Tout comme le met en évidence l'étude de Florence Cornillot, le soutien lors de l'accouchement est plus qu'important (82). Ce critère leur a semblé primordial à 38% des patientes. De plus, nous avons constaté que la majorité des femmes avaient bénéficié d'un soutien qu'il soit d'origine familiale, professionnelle ou les deux. Cependant, notre étude ne nous a pas permis d'obtenir le degré de satisfaction de toutes les patientes quant au soutien apporté durant l'accouchement.

Seul 45 patientes ont été interrogées après constatation de l'intérêt de cette question. Elles ont majoritairement exprimé un haut niveau de satisfaction quelque soit origine du soutien (87%). Par ailleurs, seulement 58% des patientes se sont senties soutenues par une sage-femme. Ce taux est regrettable compte tenu de notre rôle d'accompagnant des patientes. L'accompagnement ainsi que le soutien doivent faire partie intégrante de la prise en charge d'une femme en salle de naissance même si celle-ci accouche sous APD. Toutes les patientes ont besoin de se sentir soutenues durant cette expérience, d'autant plus lors du premier accouchement.

Comparativement aux études citées, on retrouve également un taux de satisfaction maternelle élevée puisque 96% des patientes interrogées sont satisfaites voir très satisfaites de leur APD. La moyenne de l'indice de satisfaction globale est calculée à 9.22 sur 10.

Au total, trois patientes n'ont pas été satisfaites de l'APD. L'une d'entre-elles a été moyennement satisfaite suite à un échec de la première APD, cependant la seconde a été efficace. La seconde patiente a déclaré être insatisfaite probablement suite à une diffusion métamérique partielle provoquée par l'accouchement peu de temps après la pose de l'APD. La dernière patiente est insatisfaite suite à l'absence d'efficacité d'une seconde APD. Aucun facteur prédictif n'a été retrouvé chez cette femme excepté l'existence d'un surpoids.

La plupart des auteurs qui analysent les causes de satisfaction et d'insatisfaction ne retiennent pas comme élément contributif majeur la qualité de l'analgésie réalisée, mais plutôt la qualité de l'information effectuée au préalable et les relations avec l'équipe obstétricale. Dans notre étude, ce taux de satisfaction semble surprenant et confirme probablement les hypothèses précédentes. En effet, malgré l'existence d'une APD partiellement efficace ou de sensation douloureuse lors de l'expulsion, il existe certainement des facteurs personnels ayant eu une influence sur la satisfaction maternelle tout comme l'évoquent les études de Chesnut (14-15). Il réalisa deux études parmi lesquelles certaines patientes ont reçu des anesthésiques locaux et d'autres, du sérum physiologique. Le taux de satisfaction des deux groupes fut respectivement de 96% et 98%. Ces études confirment l'existence de nombreux facteurs intervenant dans la mémorisation de la douleur et sur la satisfaction maternelle (contexte de la maternité, conditions de l'accouchement, présence du père, soutien...) indépendamment de la méthode d'analgésie employée et de son efficacité, tout comme Waldenstrom.

CONCLUSION

Cette étude de bonnes pratiques médicales nous a permis de mettre en évidence certains points de notre prise en charge qu'il serait intéressant d'améliorer. De plus, nous avons pu répondre à certaines de nos hypothèses.

A travers cette étude, nous avons pu mettre en évidence l'existence d'une satisfaction maternelle élevée quant à la méthode de l'APD. En effet, 92% des patientes s'estiment satisfaites et la moyenne de l'indice de satisfaction globale s'élève à 9,22 sur 10. Cet excellent résultat est sans doute à mettre en relation avec l'existence de nombreux facteurs désuets influençant le vécu de la patiente. Bien entendu, compte tenu du nombre restreint de patientes interrogées, cette conclusion ne peut pas s'étendre à la population générale. Cette méthode de soulagement de la douleur ne cesse de progresser et d'être sollicitée. En vue du pourcentage de patientes souhaitant une APD lors de leur prochain accouchement et des résultats retrouvés dans la littérature, nous pouvons affirmer que celle-ci semble conserver sa place dans la prise en charge de la douleur et la confiance des patientes à son égard. De plus, il semblerait que cette méthode ne soit pas prête de s'arrêter.

D'autre part, il paraît essentiel d'inscrire dans les dossiers obstétricaux l'intensité douloureuse ressentie par la patiente durant le travail, d'autant plus lors de la phase d'expulsion. En effet, l'existence de cette cotation de la douleur pourrait nous permettre de réajuster notre prise en charge médicale.

Malgré la réalisation d'APD efficace, notre étude a mis en évidence l'existence de douleur durant de la phase d'expulsion. C'est pourquoi, la mise en place d'un protocole concernant la réalisation d'une dose périnéale d'analgésiant de façon systématique pourrait être envisagée pour toutes les patientes accouchant sous APD. Celle-ci à faible concentration d'anesthésiques locaux, afin d'éviter l'apparition d'un bloc moteur des membres inférieurs, permettrait aux patientes de profiter pleinement de leur analgésie.

D'autre part, la réintroduction d'analgésie locale (bloc pudendal) pourrait être envisagée lors de situations contre-indiquant l'APD. En effet, certaines patientes sous APD expriment parfois d'intenses douleurs lors de l'expulsion donc nous pouvons imaginer ce que ressentent ces femmes qui accouchent sans APD.

Lorsque le travail est trop rapide et que l'APD n'a pas le temps d'être mise en place, la péri-rachianesthésie combinée pourrait peut-être être une alternative intéressante. Effectivement, dans ces cas particuliers l'APD n'est pas totalement efficace. Une injection dans le liquide-céphalo-rachidien permettrait probablement un soulagement plus immédiat.

Par ailleurs, cette enquête nous a permis de mettre en évidence l'aspect essentiel du soulagement de la douleur pour que l'accouchement soit vécu comme une réussite. En effet, de nombreuses patientes considèrent le soulagement de la douleur comme étant essentiel. Cependant, la prise en charge médicale n'est pas suffisante. La parturiente doit être abordée dans sa globalité par l'équipe médicale afin d'établir un climat de confiance et de sérénité.

Depuis le développement des méthodes de soulagement efficace de la douleur, on peut parfois observer un abandon du versant psychologique de l'accouchement. Parmi nos patientes interrogées, nous avons constaté que presque une femme sur deux ne s'est pas sentie soutenue par la sage-femme lors de son accouchement. Lors de cette période éprouvante, une présence, des paroles d'encouragements peuvent apporter beaucoup de réconfort à une femme. Le soulagement de la douleur est important mais le soutien et l'accompagnement par la sage-femme le sont d'autant plus.

De plus, le rôle d'information de la sage-femme paraît essentiel. On regrette le manque d'informations fournies aux patientes par celle-ci. En tant que personnels de santé, nous devons délivrer des informations pour tout acte médical réalisé, celle-ci font parties intégrantes de notre fonction de soignant. Ces informations permettent aux patientes de se sentir plus en sécurité et d'envisager plus sereinement l'accouchement, surtout dans un contexte d'une première grossesse.

Enfin, cette étude nous permet de mettre en avant l'importance d'une évaluation régulière des pratiques professionnelles médicales afin d'améliorer la qualité des soins et de permettre aux professionnels une remise en question fréquente des soins prodigués. La satisfaction des patientes est un critère fondamental de cette évaluation qu'il ne faut surtout pas négliger.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. CARDIN H., MOISSON-TARDIEU MT., TOURNAIRE M. - La péridurale, la douleur de l'accouchement vaincue - Paris- Balland - 1986- 155 pages
2. CESBRON P, KNIBIEHLER Y. - La naissance en Occident – Paris - Albin Michel - 2004- 363 pages
3. LE BRETON D. - Anthropologie de la douleur – Paris – Métaillé – 1995 - 81 pages
4. LEROY F. - Histoire de naître de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé - Edition De Boeck – 2002 - pages 371- 398
5. MERGER R., CHADEYRON P.A. - L'accouchement sans douleur - 2^e édition - Paris - Presse Universitaire de France - Collection : Que sais-je- 1968 - 123 pages
6. SCHOEFFLER P. - Anesthésie et analgésie en obstétrique - Paris – 1992 – Masson - 254 pages
7. VUILLE M. - Accouchement et douleur. Une étude sociologique – Lausanne – 1998 – Antipodes - 155 pages

Articles

8. BISHTON IM, MARTIN PH, VERNON JM, LIU WH.- Factors influencing epidural catheter migration – "Anaesthesia" - 1992 – n ° 47 - pages 610-612
9. BLOOM S.L., MAC INTIRE D.D., KELLY M.A., BEIMER H.L., BURPO R.H., GARCIA M.A. ET AL. - Lack of effect of walking on labour and delivery - "New. Engl. J. Med" – 1998 - n° 339 - pages 76-79

10. BRANDER D., BEINDER E. - The impact of epidural analgesia on birth experience – « Z Geburtshilfe Neonatol » - 2007 – n° 211 – pages 76-81
11. BREEN TW, SHAPIRO T, GLASS B, FOSTER-PAYNE D, ORIOL NE.- Epidural anesthesia for labor in an ambulatory patient - “Anesth Analg” – 1993 - n° 77 - pages 919-924
12. BUCKLEY S.J. - The Hidden Risks of Epidurals – “Mothering Magazine” - 2005 – n° 133
13. CAPOGNA G, ALAHUHTA S, CELLENO D, DEVLIEGER H, J MOREIRA, MORGAN B, C MOORE, PASQUALETTI P, SOETENS M, VAN ZUNDERT A, VERTOMMEN JD. - Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women - “Intern J of Obstet Anesth” – 1996 - n° 5 - pages 229-235
14. CHESTNUT DH, BATES JN, CHOI WW. - Continuous infusion epidural analgesia with lidocaine: efficacy and influence during the second stage of labor – “Obstet Gynecol” – 1987 – n° 69 – pages 323-327
15. CHESTNUT DH, LASZEWSKI LJ, POLLACK KL, BATES JN, MANAGO NK, CHOI WW - Continuous epidural infusion of 0.0625% bupivacaine/0.0002% fentanyl during the second stage of labor - “Anesthesiology” - 1990 – n° 72 - pages 613-618
16. CHESTNUT DH, MCGRATH JM, VINCENT RD, PENNING DH, CHOI WW, BATES JN, MCFARLANE C. - Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? – “Anesthesiology” - 1994 – n° 80 – pages 1201-1208
17. CHESTNUT DH, VINCENT RD, MCGRATH JM, CHOI WW, BATES JN.- Does early administration of epidural, analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? – “Anesthesiology” – 1994 – n° 80 – pages 1193-1200
18. CHESTNUT D. - Walking epidural in labor: no influence on the course of labor - “Anesthesiology” 1997 – n° 87 - pages 472-475
19. COLLINS RE, DAVIES DW, AVELING W. - Randomised comparison of combined spinal-epidural and standard epidural analgesia during labour – “Lancet” – 1995 – n° 345 – pages 1413-1416

20. DICKINSON JE., PAECH MJ., MCDONALD SJ., EVANS SF. - The impact of intrapartum analgesia on labour and delivery outcomes in nulliparous women - « The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology » - n° 42 - 2002 - pages 65-72
21. DICKINSON JE , PAECH MJ , MAC DONALD SJ, EVANS SF - Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour - « Aust N Z J Obstet Gynaecol »- 2003 - n° 43 - pages 463 - 468
22. DUCLOY-BOUThORS A.-S., DE GASQUET B., DAVETTE M., CUISSE M. - Postures maternelles pendant le travail: description et interférence avec l'analgésie péridurale - « Annales françaises d'anesthésie et de réanimation » - 2006 - n° 6 - pages 605-608
23. ELTZSCHIG, H. K., LIEBERMAN, E. S., CAMANN, W. R. - Regional anesthesia and anesthesia for labor and delivery - « New England Journal of Medicine » - 2003 - n° 348 - pages 319-332
24. FRIDH G, KOPARE T, GASTON-JOHANSSON F, ET AL. - Factors associated with more intense labor pain - « Res Nurs Health » - 1988 - n° 11- pages 117-124
25. GILLET R., BEAUMONT D., DUREUIL B. - Analgésie péridurale obstétricale : administration de ropivacaine (Naropeine) contrôlée par la patiente versus débit continu - « Cahier Anesthésiologie » - 2000 - n° 48 - pages 261-265
26. GOLDBERG AB., COHEN A., LIEBERMANN E. - Nulliparas' preferences for epidural analgesia: their effects on actual use in labor - « Birth » - 1999 - n°26 - pages 139-143
27. GOODMAN P, MACKKEY MC, TAVAKOLI AS. - Factors related to childbirth satisfaction - « Journal Adv Nurs » - 2004 - n° 46 - pages 212-219
28. HAMILTON CL, RILEY ET, COHEN SE. - Changes in the position of epidural catheters associated with patient movement - « Anesthesiology » - 1997 - n° 86 - pages 778-784
29. HEITMAN DE, BIRDWELL SW, BENNETT DL. - La satisfaction des patients comme un indicateur de résultat de la gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement - « Hosp Pharm » - 1995 - n° 30 - pages 589-595

30. HESS PE, PRATT SD, LUCAS TP, ET AL. - Predictors of breakthrough pain during labor epidural analgesia – "Anesthesia Analg" – 2001 – n° 93 - pages 414-418
31. HOWELL CJ.- Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour – "Cochrane Database Syst Rev" – 2000
32. KANNAN S, JAMISON RN, DATTA S. - Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth - "Reg Anesth Pain Med" - 2001 – n° 26 – pages 468-472
33. KARRAZ M.A - Ambulatory epidural anesthesia and the duration of labor – "Int J of Gynaecol Obstet" – 2003 – n° 80 - pages 117-122
34. KLOSTERGAARD KM, TERP MR, POULSEN C, ET AL. - Labor pain in relation to fetal weight in primiparae – "European Journal Obstetrics Gynecol Reprod Biol" – 2001 – n° 99 - pages 195-198
35. LANG AJ, SORRELL JT, RODGERS CS, ET AL. - Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain – "Eur J Pain" - 2006 – n° 10 – pages 263-270
36. LEIGHTON B.L., HALPERN S.H. - The effect of epidural analgesia on labor maternal and neonatal outcomes. A Systematic Review – "Am. J. Obstet. Gynecol" – 2002 – n° 186 - pages 569-577
37. LEONG E.W., SIVANESARATMAN V., OH LL., CHAN Y.K. - Epidural analgesia in primigravidae in spontaneous labour at term: a prospective study - « J Obstet Gynaecol Res » - 2000 – n°26 – pages 271-275
38. LEY L., IKHOUANE M., STAITI G, BENHAMOU D. - Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur » lors d'un travail sous analgésie péridurale – « Annales Françaises d'anesthésie et de Réanimation » - 2007- n° 26 – pages 666-669
39. LOPARD E., - L'analgésie péridurale obstétricale contrôlée par la patiente - « Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation » - 2006 - n°25 - pages 593-598
40. MAC CREA BH, WRIGHT ME. - Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour - « J Adv Nurs » - 1999 – n° 29 - pages 877 –884

41. MAC CREA BH, WRIGHT ME, STRINGER M, STRINGER M. - Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour – « Int J Nurs Stud » - 2000 – n° 37 - pages 493-503
42. MAC LACHLAN H , WALDENSTRÖM U. - Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia - “Naissance” – 2005 – n° 32 – pages 272 – 282
43. MANGIN R, LALOURCEY L, AYA G ET AL.- Imperfections de l’analgésie péridurale obstétricale : quelles réponses ? Quels résultats ? – « Annales Françaises Anesthésie Réanimation » - 1995 – n° 14 – page 84
44. MELZACK R. - Labour pain as a model of acute pain - “Pain” – 1993 – n° 53 – pages 117-120
45. MORGAN BM., BULPITT CJ., CLIFTON P. ET AL. - Analgesia and Satisfaction in Childbirth - The Queen Charlotte's 1 000 Mother Survey – “The Lancet 2” – 1982 - n° 8302 – pages 808-810
46. OHEL G, GONEN R, VAIDA S, BARAK S, GAITINI L. - Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. - “Am J Obstet Gynecol » - 2006 – n° 194 – pages 600-605
47. PALOT M., POTTECHER T., SCHON F. - Evaluation de la demande et de l'accès à la péridurale de travail dans une maternité de niveau III – « Annales Françaises d'anesthésie et de Réanimation » - 2002 – n°21 – pages 558-563
48. PALOT M., LEYMARIE F., JOLLY D.H, VISSEAUX H., BOTMANS-DAIGREMENT C., MARISCAL-CAUSSE A. - Demande d'analgésie périmédullaire par les patientes et les équipes obstétricales dans quatre régions françaises – « Annales Françaises d'anesthésie et de Réanimation » - n°25 - 2006 - pages 559-568
49. POTTECHER J., D. BENHAMOU - État des connaissances: douleur et analgésie obstétricales - « Journal Gynecol Obstet Biol Reprod » - 2004 – n°33 – pages 179-191
50. RANTA P, JOUPPILA P, SPALDING M, JOUPPILA R. - The effect of maternal obesity on labor and labor pain – “Anaesthesia” – 1995 – n°50 - pages 322-326

51. RANTA P., SPALDING M., KANGAS-SAARELA T., HOLLEMEN A., JOUPPILA P., JOUPPILA R. - Maternal expectations and experiences of labour pain: options of 1091 Finnish parturients – "Acta Anesthésies Scand" – 1995 – n° 39 - pages 60- 66
52. RUDMAN A , EL-KHOURI B , WALDENSTRÖM U. - Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. – « J Adv Nurs » - 2007 – n° 59 - pages 474-487
53. SANDEFO I. et al. - Analgésie péridurale de travail en Martinique – « Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation » - 2004 - n°23 - pages 26-30
54. SARAVANAKUMAR K., S. G. RAO AND G. M. COOPER - Obesity and obstetric anaesthesia - "Anaesthesia" – 2006 - n° 1 - pages 36–48
55. SCHIESSL , JANNI W., JUNDT K.,RAMMEL G.,PESCHERS U.,KAINER F. - Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor – "European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology" – 2005 – n° 118 - pages 17-20
56. SAFA-TISSERONT V, THORMANN F, MALASSINE P. - Effectiveness of epidural blood patch in the management of post dural puncture headache – "Anesthesiology" – 2001 – n° 95 – pages 334-339
57. SHARMA SK, SIDAWI JE, RAMIN SM, LUCAS MJ, LEVENO KJ, CUNNINGHAM FG. - Cesarean delivery: a randomized trial of epidural versus patient-controlled meperidine analgesia during labor – "Anesthesiology"- 1997 – n° 87 – pages 487-494
58. SHARMA SK, ALEXANDER JM, MESSICK G, BLOOM SL, MCINTIRE DD, WILEY J, ET AL. - Cesarean delivery: a randomised trial of epidural analgesia versus intravenous meperidine analgesia during labor in nulliparous women – "Anesthesiology" – 2002 – n° 96 – pages 546-551
59. SHARMA, SHIV K., MCINTIRE, DONALD D., WILEY, JACKIE R.N., LEVENO, KENNETH J.M.D - Labor analgesia and cesarean delivery : an individual patient meta-analysis of nulliparous women – "Anesthesiology" - 2004 – n° 100 – pages 142-148
60. TIBI N., BIZIMUNGU J., BERARDI J.-C. - Consommation d'ocytociques et durée du travail sous analgésie péridurale ambulatoire – « J Gynecol Obstet Biol Reprod » - 2001 – n° 30 – pages 674-679

61. VIEL E., AYA G., RIPART J., ELEDJAM J.J. - Évaluation et traitement de la douleur : Blood patch : technique, indications, résultats - « Éditions scientifiques et médicales » - Elsevier - 2001 - pages 53-64
62. WALDENSTRÖM U, BERGMAN V, VASELL G. - La complexité de la douleur du travail: les expériences de 278 femmes - « J Psychosom Obstet Gynaecol » - 1996 - n° 17 - pages 215-228
63. WALDENSTRÖM U, BORG IM, OLSSON B, SKÖLD M, WALL S, SMUR.- The childbirth experience: a study of 295 new mothers - "Naissance" - 1996 - n° 23 - pages 144-153
64. WALDENSTRÖM U. AND AL. - Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth - "Birth" - 2003 - n° 30 - p.248-254
65. WALDENSTRÖM U, HILDINGSSON I, RUBERTSSON C, RADESTAD I. - A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample - "Birth" - 2004 - n° 31 - pages 17-27
66. WALDENSTRÖM U.- Why do some women change their opinion about childbirth over time? - « Birth » - 2004 - n° 31 - pages 102-107
67. WALDENSTRÖM U, IRESTEDT L. - Obstetric pain relief and its association with remembrance of labour pain at two months and one year after birth - "J Psychosom Obstet Gynaecol" - 2006 - n° 27 - pages 147 - 156
68. WALDENSTRÖM U, RUDMAN A, HILDINGSSON I. - Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied - "Acta Obstet Gynaecology Scand" - 2006 - n° 85 - pages 551-560
69. WILLIAMS R.M., THOM M.H., STUDD J.W. - A study of the benefits and acceptability of spontaneous labour - "Br J Obstetric Gynaecology" - 1980- n° 87 - pages 122-126
70. WINDRIDGE KC, BERRYMAN JC. - Women's experiences of giving birth after 35 - "Birth" - 1999 - n° 26 - pages 16-23
71. WITHINGTON D.E., WEEKS S.K. - Repeat epidural analgesia and unilateral block - "Can. J. Anaesthesia" - 1994 - n° 41 - pages 568-571

72. WONG CA, SCAVONE BM, PEACEMEN AM, MCCARTHY RJ, SULLIVAN JT, DIAZ NT, YAGHMOUR E, MARCUS RJ, SHERWANI SS, SPROVIERO MT, YILMAZ M, PATEL R, ROBLES C, GROUPER S. - The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor – "N Engl J Med" - 2005 – n° 352 – pages 655-665

Textes officiels

73. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, Journal Officiel n°179 du 2 août 1991

74. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002- relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002

75. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique – Journal Officiel n° 284 du 8 décembre 1994

76. Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique, Décret de périnatalité

77. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, Journal Officiel n° 88 du 15 avril 2005, page 6730

78. Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006, article 3, Journal officiel du 18 octobre 2006 , article R.4127-318 du Code de la Santé Publique

- 79. Circulaire du ministère de la santé, DGS/SDO/OA n°38 du 29 juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes, non parue au Journal Officiel

80. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Journal Officiel n° 98 du 25 avril 1996

Mémoires et Thèses

81. BRAVARD A. - L'influence d'une analgésie péridurale sur un rythme cardiaque fœtal normal - Mémoire de l'école de Sages-femmes de Rouen – 2006
82. CORNILLOT F., La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement - Mémoire de l'école de Sages-femmes de Rouen - 1998
83. LAURENT A. - La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares - Mémoire de l'école de Sages-femmes de Toulouse-Rangueil - en 2007
84. MONVILLE H. - Déambulation et péridurale : étude prospective à propos de 204 primipares - Mémoire de l'école de Sages-femmes de Rouen - 2001

Internet

85. www.alrf.asso.fr - Site de l'Anesthésie Loco Régionale Francophone : Surveillance d'une analgésie péridurale obstétricale par une IADE – consulté en juillet 2007
86. www.alrf.asso.fr - Site de l'Anesthésie Loco Régionale Francophone : Gestion d'une péridurale inefficace – Banu F., Mercier J.F. et al. – 2007 – consulté en décembre 2007
87. www.anesthesie-foch.org – Site d'anesthésie de l'hôpital Foch - Anesthésie analgésie pour le travail obstétrical – Landau R. – consulté en août 2007
88. www.cfar.org - Site du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs - consulté en octobre 2007
89. www.cngof.asso.fr – site du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français : Recommandations pour la pratique médicale concernant l'épisiotomie - mise à jour en 2006 - consulté en juillet 2007

90. www.cnrd.fr – Site du Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur : Soulagement de la douleur de l'accouchement – Carbajal R. – consulté en octobre 2007
91. www.cnsf.asso.fr – site du Collège National des Sages-Femmes - consulté en septembre 2007
92. www.conseil-national.medecin.fr – site consulté en septembre 2007
93. www.inist.fr – site de l'Institut de l'information scientifique et technique - consulté en août 2007
94. www.insee.fr – site de l'institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - consulté en août 2007
95. www.mapar.org – site de la Mise Au Point en Anesthésie Réanimation - Extension exagérée de l'anesthésie locorégionale (rachianesthésie étendue/ totale, bloc sous-dural) – Boulay G. – consulté en novembre 2007
96. www.mapar.org – site de la Mise Au Point en Anesthésie Réanimation – Gestion d'une péridurale inefficace lors du travail – Boulay G., Mercier F.J. – 2000 – consulté en novembre 2007
97. www.mapar.org – site de la Mise Au Point en Anesthésie Réanimation – Votre patiente va avoir une péridurale pour son accouchement – Mercier F.J. - 2000 – consulté en août 2007
98. www.mapar.org – site de la Mise Au Point en Anesthésie Réanimation – Conséquences maternelles et fœtales des techniques d'anesthésie en obstétrique – Mignon A. - consulté en septembre 2007
99. www.ordre-sages-femmes.fr – site consulté en mai 2007
100. www.pubmed.gov – site consulté en mai 2007
101. www.sfar.org/recomobst.html - site de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation : Complications de l'anesthésie péridurale en obstétrique - Diemunsch P., Gros H., Schaeffer R. - 1997 – consulté en juin 2007
102. <http://sofia.medicalistes.org> - Histoire de l'analgésie – site consulté en décembre 2007

Autres sources

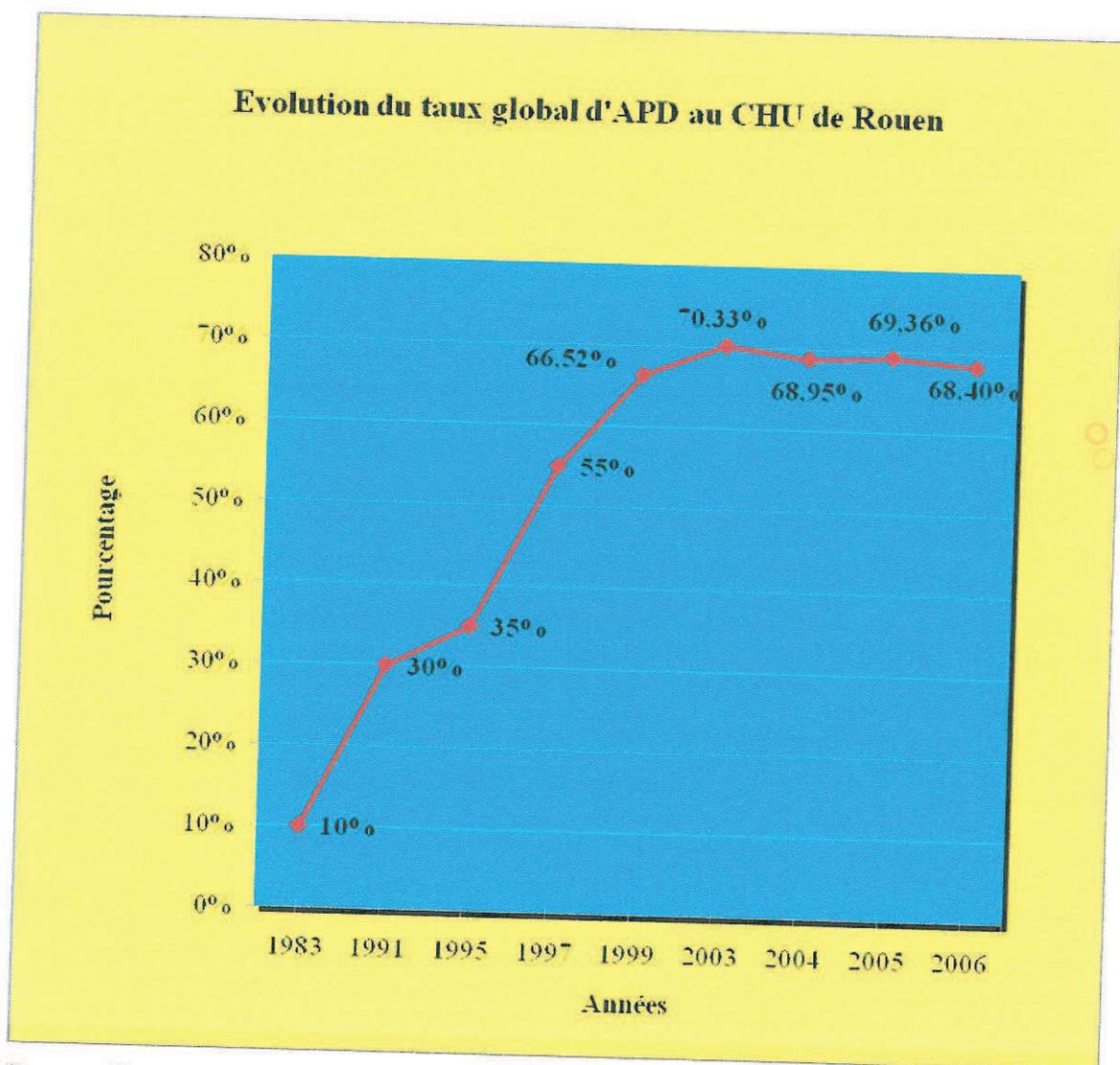
103. Actualités en Anesthésie-Analgésie Obstétricale en 2005 - Palot M., Visseaux H., Botmans C., Frayssinet Dar N. - l'analgésie périmédullaire et déambulation - Société d'Anesthésie de Charleroi
104. Cours - Analgésie en obstétrique, cours de deuxième année de seconde phase - Provost D. - école de Sages-femmes le 14 octobre 2006
105. Débat : Reste-t-il des contre-indications à l'anesthésie péridurale en obstétrique? - Gynécologie obstétrique et fertilité - 32 - 2004 - pages 442-443
106. Enquête Nationale périnatale en 2003 : La situation périnatale en France en 2003
107. Évaluation des pratiques médicales : Santé Périnatale en 2002-2003 - Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG)
108. Journées de Techniques Avancées en gynécologie obstétrique - JTA de 1997 - Controverse : l'analgésie péridurale n'augmente pas l'incidence des extractions instrumentales - Benhamou D., Hamza J.
109. Protocole pour la pratique d'une analgésie péridurale du CHU de Rouen - Clinique Gynécologique et obstétricale - fait en 2000 - remis à jour en 2003
110. Statistiques concernant le taux global d'analgésie péridurale en obstétrique, en au CHU de Rouen - Mme Sionville, sage-femme cadre au CHU de Rouen - mai 2007

ANNEXES

20

ANNEXE I

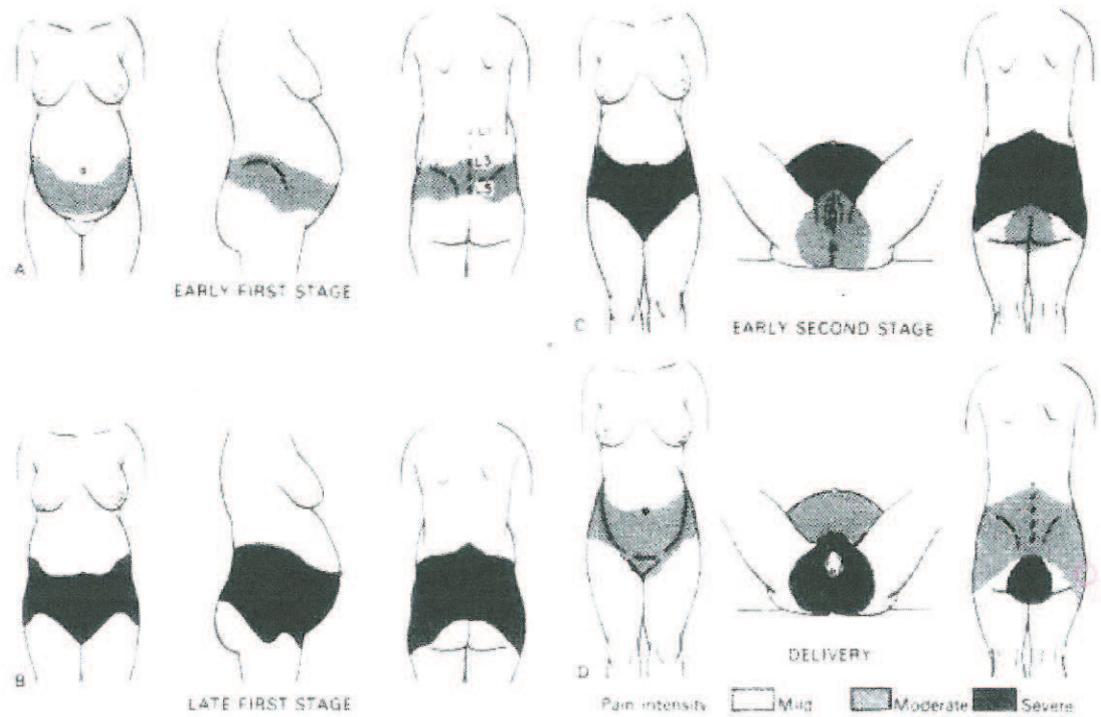
L'évolution du taux global d'analgésie péridurale au CHU de Rouen, depuis 1983



Source : Statistiques concernant l'évolution de l'APD – Madame Sionville – sage-femme cadre au CHU de Rouen

ANNEXE II

Evolution de la douleur lors du travail



The pain of childbirth in: John J. Bonica. *The Management of Pain*, volume II. Lea & Febiger, Philadelphia, London, 1990

ANNEXE III

Extrait du décret n°98-900 du 9 octobre 1998

J.O. n° 235 du 10 octobre 1998 page 15344

Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 et remplacé par : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire) Chapitre IV - Conditions techniques de fonctionnement - Section 1 - Activités de soins - Sous-section 3 : Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

NOR : MESH9822606D

Art. 1er. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section III, est insérée après l'article D. 712-74 une sous-section IV ainsi rédigée :

" Sous-section IV

" Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

" Paragraphe 1

" L'unité d'obstétrique

....

" Art. D. 712-80. - Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de travail.

" Tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail.

" La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né y reçoit les premiers soins. Les locaux sont équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la pratique de l'accouchement par voie basse, à l'anesthésie et à la réanimation de la mère.

" L'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée.

" Un arrêté du ministre chargé de la santé précise le nombre de salles de pré-travail et de travail exigées en fonction de l'activité.

....

ANNEXE IV

Extrait du Code de déontologie de la Sage-femme

JORF n°242 du 18 octobre 2006 page 15444

Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

NOR: SANP0622920D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4127-1 et L. 4151-1 à L. 4151-4, ainsi que le code de déontologie des sages-femmes constitué par les articles R. 4127-301 à R. 4127-367 ;

Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, notamment son article 22 ;

Vu la délibération du Conseil national de l'ordre des sages-femmes en date du 12 octobre 2004 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

...

« II. - La sage-femme est autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'anesthésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien.

« Sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'analgésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif. »

...

ANNEXE V

Questionnaire destiné aux patientes

Questionnaire concernant l'analgésie péridurale

« Indice de satisfaction de l'analgésie péridurale chez la primipare accouchant au CHU de Rouen »*

Mémoire de fin d'études de l'école de sages-femmes de Rouen.

Ce questionnaire va nous permettre d'établir votre degré de satisfaction concernant la pratique de l'analgésie péridurale au CHU et ceci dans le but de réajuster notre prise en charge.*

Ce questionnaire est anonyme. Des réponses simples, claires et précises sont demandées. Les réponses peuvent être multiples.

Vous trouverez dans ce questionnaire certains mots accompagnés d'une étoile () leur définition se trouve à la fin.*

A la fin du questionnaire, vous trouverez une page intitulée « Grille d'étude ». Cette page sera remplie par moi-même à l'aide de votre dossier médical. Bien entendu ces informations resteront anonymes et jamais votre nom, ni prénom n'y seront inscrits.

Merci de votre compréhension et de l'intérêt porté à cette étude.

Vanessa De Freitas, étudiante sage-femme.

Quand avez-vous accouché ? _____

1/ Quel âge avez-vous ?

- < 18 ans
- de 18 à 25 ans
- de 26 à 30 ans
- de 31 à 40 ans
- > 40 ans

2/ Etes-vous:

- célibataire (seule)
- en couple (mariée, pacsée, en concubinage,...)
- veuve
- autre : _____

3/ Quel niveau d'études avez-vous?

- brevet des collèges
- BEP/CAP
- baccalauréat
- études supérieures
- autres : _____

4/ Quelles sont vos convictions religieuses ?

- aucune
- musulmane
- chrétienne
- juive
- autre : _____

5/ Avant l'accouchement, avez-vous projeté d'accoucher avec une péridurale?

- non
- oui, quand y avez-vous pensé ?
 - avant la grossesse
 - durant la grossesse
 - lors de l'arrivée en salle de naissance pour l'accouchement

6/ Avant la grossesse, comment avez-vous été informée sur la péridurale ?

- par des professionnels de santé (la sage-femme, le médecin...)
- par la famille (mère, belle-mère,...)
- par des amis
- par les médias (TV, internet, magazines,...)
- par une recherche personnelle
- autre : _____

7/ Les informations pendant la grossesse :

a) Quand vous a-t-on informée sur la péridurale ?

- dès le début et durant toute la grossesse
- au huitième mois (lors de la consultation avec l'anesthésiste)
- durant l'accouchement
- jamais
- autre : _____

b) Quel professionnel de santé vous a informé sur la péridurale ?

- une sage-femme
- un anesthésiste
- un obstétricien
- autre : _____

c) Concernant la péridurale, vous a t-on expliquée: (cochez les réponses)

	oui	non
Les indications		
Les contre-indications		
Les effets ressentis		
Les effets indésirables		

d) Vous a-t-on donnée des explications au fur et à mesure de votre arrivée concernant la péridurale ?

- oui
- non, précisez pourquoi :
 - non demandeuse d'explications
 - professionnels non disponibles
 - je ne me souviens plus

e) Avez-vous pratiqué des cours de préparation à la naissance ?

- oui
- non

f) Les cours de préparation à la naissance vous ont-ils aidé à gérer votre douleur?

- oui
- non

8/ a) Une personne vous a-t-elle soutenue pendant l'accouchement ?

oui, précisez qui :

- papa du bébé
- famille ou ami(s) proche(s)
- sage-femme
- anesthésiste
- obstétricien
- étudiant, (sage-femme, médecine,...)
- autre : _____

non. Qui auriez vous souhaité auprès de vous? Pourquoi était-elle absente?

b) Etes-vous satisfaite de ce soutien?

(cochez la réponse qui correspond à votre degré de satisfaction) :

- 10 = très satisfaite
- 5 = moyennement satisfaite
- 0 = insatisfaite

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

9/ Comment appréhendez-vous l'accouchement ?

- plutôt sereinement
- quelques fois stressée, angoissée à propos de ce moment
- grande crainte vis à vis de ce moment
- autre : _____

10/ Quel était votre motif d'arrivée à la maternité ?

- contractions régulières et/ou rapprochées
- contractions irrégulières et/ou espacées
- perte des eaux
- autre : _____

11/ Votre bilan de péridurale était-il prêt et valide lors de votre admission en salle d'accouchement?

oui
 non, précisez pourquoi:

- terme de grossesse inférieur à 38 semaines d'aménorrhées
- invalide au moment de l'arrivée
- examen prescrit mais manque de temps pour le faire
- je ne sais pas
- autre : _____

12/ a) Quel a été le délai d'attente entre votre arrivée en salle de naissance et la péridurale ?

- moins de 1h
- plus de 1h, précisez la raison :
 - attente des résultats car bilan fait ou refait à votre arrivée
 - personnel surchargé, non disponible
 - choix de votre part de ne pas avoir une péridurale aussitôt
 - je ne sais pas

b) Comment vous a semblé ce délai ?

- gérable
- acceptable
- inacceptable
- autre : _____

c) Avez-vous eu le sentiment d'avoir bénéficié de la péridurale au moment où vous en aviez besoin?

- oui
- non, un peu trop tard

13/ Concernant la pose de l'analgésie péridurale* :

a) Quelle était votre position ?

- assise
- allongée sur le côté

b) Quel est votre degré de satisfaction quant aux conditions de pose de la péridurale ?

(cochez la réponse qui correspond à votre degré de satisfaction) :

10 = très satisfaite
5 = moyennement satisfaite
0 = insatisfaite

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

c) Auriez-vous aimé être accompagnée par une personne de votre entourage durant la pose de la péridurale?

- oui
- non

14/ Quelles est votre degré de satisfaction concernant l'autogestion par vous-même de la douleur par la péridurale?

(cochez la réponse qui correspond à votre degré de satisfaction) :

- 10 = très satisfaite
- 5 = moyennement satisfaite
- 0 = insatisfaite

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

15/ Sur une échelle de 0 à 10, quel degré de douleur ressentiez-vous avant la pose de la péridurale (cochez votre réponse) :

- 0 = aucune douleur ressentie
- 5 = douleur gênante mais supportable
- 10 = douleur la plus insupportable et désagréable possible

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

16/ a) La péridurale vous a soulagé de façon :

- immédiate
- tardive
- elle ne m'a pas soulagé, précisez pourquoi:
 - je ne sais pas
 - accouchement peu après la pose de la péridurale
 - autre : précisez _____

b) Si votre péridurale vous a soulagé, précisez son efficacité :

- efficace durant tout l'accouchement
- efficace encore après l'accouchement en salle de naissance
- efficace que d'un seul coté
- efficacité partielle durant le travail
- aucun effet durant le travail

c) Si votre péridurale a été inefficace vous en a-t-on reposée une autre?

- oui
- non

17/ Avez-vous pu marcher après l'installation de la péridurale, durant le travail?

- oui
- non, précisez si vous auriez aimé marcher:
 - oui
 - non

18/ Avez-vous pu bouger ou changer de position (sur le côté, assise...)?

- oui
- non, précisez si vous auriez aimé le faire :
 - oui
 - non

19/ Quel type de sensation avez-vous ressenti durant l'expulsion* ?

- aucune
- passage douloureux du bébé dans le bassin
- sentiment de picotements au niveau du périnée*
- impression de déchirure au niveau du périnée
- sensation de passage du bébé dans le bassin sans douleur
- contractions ressenties mais non douloureuses
- autre: _____

20/ Sur une échelle de 0 à 10, quelle est, pour vous, le degré de douleur ressenti durant l'expulsion* ? (cochez votre réponse)

- 0 = aucune douleur ressentie
- 5 = douleur gênante mais supportable
- 10 = douleur la plus insupportable

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

21/ Auriez-vous aimé ressentir davantage la descente du bébé lors de l'expulsion* ?

- oui
- non, les sensations ressenties étaient suffisantes

22/ Si vous avez eu une lésion au niveau du périnée*:

a) A-t-elle nécessité une suture ?

- oui
- non

b) La suture a-t-elle été douloureuse ?

- oui
- non

c) À ce moment précis, avez-vous été satisfaite de votre péridurale?
(cochez la réponse qui correspond à votre degré de satisfaction)

- 10 = très satisfaite
- 5 = moyennement satisfaite
- 0 = insatisfaite

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

23/ Durant l'accouchement, avez-vous trouvé que votre péridurale vous avait :

- détendue
- rendue joyeuse
- endormie
- engourdie
- gênée pour pousser lors de l'expulsion
- autre : précisez _____

24/ Finalement, quel est votre degré de satisfaction globale concernant la péridurale (cochez la réponse qui correspond à votre degré de satisfaction) ?

10 = très satisfaite
5 = moyennement satisfaite
0 = insatisfaite

0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

25/ Souhaitez-vous accoucher de nouveau avec une péridurale ?

- oui
- non
- je ne sais pas

26/ Pour que votre accouchement soit une réussite totale et que vous en soyez très satisfaite quels sont -parmi les critères suivants- les critères essentiels? (classer-les de 1 à 5)

1 = critère le plus important pour un accouchement réussi
5 = critère le moins important pour un accouchement réussi

- personnel soignant très présent et à l'écoute
- marcher, se déplacer, changer de position dans le lit
- avoir une information médicale chaque fois que vous le juger nécessaire
- ne pas avoir mal durant les contractions pendant le travail
- avoir une péridurale et ne rien ressentir du tout au niveau du périnée au moment de l'expulsion
- précisez si vous aviez une attente particulière (facultatif) :

Merci de l'attention portée à cette étude.

LEXIQUE

Analgésie péridurale Elle permet (grâce aux injections effectuées par le cathéter de péridurale situé dans votre dos) d'être soulagée de la douleur. C'est une anesthésie locale qui permet d'être soulagée et de rester éveillée.

Épisiotomie : incision faite dans certains cas par la sage-femme au niveau du vagin lors de l'accouchement.

Expulsion : naissance de votre enfant.

Périnée : zone musculaire qui contient les orifices urinaire, vaginal et anal.

Primipare : signifie femme qui accouche d'un premier enfant.

Semaine d'aménorrhée: signifie période sans les règles. Durant la grossesse, 9 mois correspondent à 41 semaines d'aménorrhées.

GRILLE D'ETUDE

Terme de la grossesse	
Installation directement en salle de naissance	Oui Non :
Période de la journée lors de l'arrivée <u>en salle de naissance</u>	Jour Nuit
Période de la semaine lors de l'arrivée <u>en salle de naissance</u>	Semaine Week-end
Délai d'attente entre l'arrivée en salle de naissance et la pose de l'APD	Inférieur à 30 min Entre 30 et 45 min Supérieur à 45 min
motif d'attente	Aucun motif précisé Choix de la femme Anesthésiste indisponible Attente des résultats sanguins Autre :
Etat de la femme lors de l'attente de l'APD	- EVA : - Aucune EVA mais femme algique - Aucune EVA mais femme calme
Dilatation lors de la pose de l'APD	Dilatation Identique à l'arrivée ?
Méthode d'entretien utilisée	
Variété de présentation céphalique fœtale durant le travail	
Variété de présentation céphalique fœtale lors de l'expulsion	
Poids de l'enfant à la naissance	
EVA à l'expulsion	EVA : Aucune notion dans le dossier
Lésion périnéale	
Durée totale du travail	Inférieure à 5 heures Entre 5 et 8 heures Supérieure à 8 heures
Réinjection d'un bolus pendant le travail	Non Oui, motif :
Direction du travail	
Pathologie rachidienne observée lors de la consultation pré-anesthésique	
Complication de l'APD durant le travail	
IMC	Normal ou maigreur Surpoids, obésité