



HAL
open science

La mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers

Caroline Gunia

► **To cite this version:**

Caroline Gunia. La mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01236189

HAL Id: dumas-01236189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236189>

Submitted on 1 Dec 2015

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.

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint Antoine
Université Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine
Mémoire pour le diplôme d'Etat

**La mise en place de la péridurale
déambulatoire : les freins et les leviers**

GUNIA Caroline
30 juillet 1991

Directrice de mémoire : Mme Stéphanie LONKA

Année universitaire : 2014-2015

Remerciements

Je tiens tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, madame Stéphanie LONKA, pour sa disponibilité, ses conseils et ses directives.

Je remercie également les anesthésistes et sages-femmes qui ont accepté de répondre à mes questions.

A ma famille et mes amis, qui m'ont soutenu, aidé et accompagné tout au long de mes études.

Une pensée spéciale pour ELLES, sans qui mes années d'études n'auraient pas été aussi belles.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : Introduction à l'étude	2
1. La prise en charge de la douleur : la péridurale.....	2
1.1. Historique.....	2
1.2. L'évolution en France	3
1.2.1. L'utilisation croissante de l'analgésie péridurale	3
1.2.2. Une surmédicalisation	4
1.2.3. L'engagement professionnel.....	4
1.3. Désir du retour à la physiologie ?	5
1.3.1. La préparation à la naissance.....	5
1.3.2. Les alternatives à la médicalisation	6
1.3.3. L'ambivalence des femmes	6
2. Vécu de l'accouchement de nos jours : l'insatisfaction des femmes en salle de naissance.....	7
2.1. Les souhaits durant l'accouchement	7
2.1.1. Respect des préférences.....	7
2.1.2. Corrélation entre le respect des souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement.....	7
2.1.3. En vérité.....	8
2.2. Accompagnement de l'accouchement	8
2.2.1. Une demande d'échange.....	9
2.2.2. L'accompagnement personnalisé de la douleur.....	9
2.2.3. L'accompagnement du personnel	9
2.3. La liberté de mouvement : le confort.....	10
2.3.1. Le changement de position pendant le travail	10
2.3.2. Les positions de l'accouchement.....	10

2.3.3.	Dans les faits.....	10
3.	Une alternative : La péridurale déambulatoire associée à la téléométrie	12
3.1.	Les modalités d'utilisation.....	12
3.1.1.	Les recommandations	12
3.1.2.	La téléométrie	12
3.1.3.	La technique	12
3.1.4.	Les critères d'inclusions	13
3.2.	L'impact sur les paramètres obstétricaux	13
3.2.1.	La durée du travail.....	14
3.2.2.	Le mode d'accouchement.....	14
3.2.3.	Le recours aux ocytociques	14
3.3.	L'impact sur les paramètres anesthésiques	16
3.3.1.	La favorisation des mictions volontaires	16
3.3.2.	La diminution des risques thrombo-emboliques	16
3.3.3.	La réduction de la compression aorto-cave	16
3.4.	L'amélioration de la satisfaction des patientes	16
3.4.1.	La mobilisation possible.....	16
3.4.2.	L'augmentation des sensations de poussée	17
3.4.3.	Le rôle du père.....	17
 PARTIE 2 : Etude et méthodologie		18
1.	L'étude	18
1.1.	La problématique	18
1.2.	Les objectifs de l'étude.....	19
1.3.	Les hypothèses	19
2.	La méthodologie	20
2.1.	La première étape de l'étude	20
2.1.1.	La nature de l'étude.....	20
2.1.2.	La population cible	20
2.1.3.	Le déroulement de l'étude.....	20
2.2.	Deuxième étape de l'étude	21
2.2.1.	La nature de l'étude.....	21
2.2.2.	La population cible	21

2.2.3.	Le déroulement de l'étude.....	21
2.3.	La troisième étape de l'étude.....	21
2.3.1.	La nature de l'étude.....	21
2.3.2.	La population cible	21
2.3.3.	Le déroulement de l'étude.....	22
3.	La présentation des résultats.....	23
3.1.	Première étape.....	23
3.1.1.	Description générale de la population d'étude.....	23
3.1.2.	Les principaux résultats	25
3.2.	Deuxième étape.....	27
3.2.1.	Description générale de la population d'étude.....	27
3.2.2.	Les principaux résultats	29
3.3.	Troisième étape	29
3.3.1.	Description générale de la population cible	29
3.3.1.1.	Groupe A.....	30
3.3.1.2.	Groupe B.....	30
3.3.2.	Les principaux résultats	31
3.3.2.1.	Le management.....	31
3.3.2.2.	La dimension organisationnelle	33
3.3.2.3.	La dimension financière.....	34
3.3.2.4.	Le personnel de santé.....	35
3.3.2.5.	Les patientes	36
3.3.2.6.	Les autres freins	37
3.3.2.7.	Les propositions	38
PARTIE 3 : Discussion.....		39
1.	Les principales forces et faiblesses de l'étude	39
1.1.	Première étape.....	39
1.2.	Deuxième étape.....	39
1.3.	Troisième étape.....	40
2.	Discussion des résultats de l'étude.....	41
2.1.	Première étape.....	41
2.2.	Deuxième étape.....	41

2.3. Troisième étape.....	42
2.3.1. Confrontation des résultats avec la problématique.....	42
2.3.2. Confrontation des résultats avec les hypothèses de l'étude	43
2.3.2.1. Première hypothèse	44
2.3.2.2. Deuxième hypothèse	46
2.3.2.3. Troisième hypothèse	48
3. Propositions et perspectives.....	50
3.1. Actions auprès de l'équipe et de la patientèle	50
3.2. Détermination des stratégies de prise en charge en fonction des caractéristiques de la maternité	51
CONCLUSION	53
GLOSSAIRE.....	54
ANNEXES	55
BIBLIOGRAPHIE	121

INTRODUCTION

Aujourd'hui en France, la plupart des femmes ont recours à la péridurale en salle de naissance. En effet, en 2010, 70.0 % des femmes ont eu recours à cette technique contre 48.6 % en 1995¹. Elle fait partie de la culture de l'accouchement et a contribué à l'accès au droit fondamental des patientes².

En effet, depuis les années 1970, les techniques de l'analgésie péridurale ne cessent d'évoluer. Il existe à ce jour quatre types de péridurale en salle de naissance : la péridurale classique, la rachi-péri combinée, l'auto-dosable et la déambulatoire.

De ce fait, les maternités assurent une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal pendant le travail amenant à un alitement prolongé au détriment du confort de la patiente et de son autonomie. La péridurale constituerait donc un frein à la déambulation de la patiente. Mais il existe un type de péridurale permettant à la fois de pallier la douleur, et de déambuler : la péridurale déambulatoire, qui, associée à la téléométrie, permet une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal.

Cependant, cette technique est rarement utilisée par les maternités puisque seules 8% ont recours à celle-ci³.

L'objectif principal de ce travail est donc d'établir dans un premier temps, un constat de la satisfaction des femmes en salle de naissance et d'évaluer les éventuels avantages de la péridurale déambulatoire. Nous enquêterons, dans un second temps, sur les raisons pour lesquelles cette dernière est si peu utilisée. Enfin, nous discuterons sur les freins et les leviers étudiés.

¹La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Inserm; 2011 mai.

²La loi Kouchner du 4 mars 2002 définit la douleur comme un droit fondamental. Juridiquement, il s'agit d'un droit primordial pour un individu d'une démocratie.

³Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale

PARTIE 1 :

Introduction à l'étude

1. La prise en charge de la douleur : la péridurale

1.1. Historique

Jusqu'au XVII^e siècle, les accoucheurs ne se souciaient pas de la douleur de la parturiente. Leur préoccupation était la survie de la mère et de l'enfant. Ce n'est que plus tard que la perception de la douleur change. La souffrance durant l'accouchement n'est plus considérée comme une fatalité. Au XIX^e siècle, grâce aux avancées scientifiques, différentes techniques qui initialement étaient réservées à la chirurgie ont été transposées en obstétrique pour soulager les futures mères : le protoxyde d'azote, l'éther, le chloroforme. L'hypnose a aussi été utilisée.

En 1843, la reine Victoria fut la première à bénéficier d'une anesthésie pour l'accouchement de son huitième enfant; l'inhalation de chloroforme (1).

En 1952, le docteur Fernand Lamaze met en place (à la maternité des Bluets) la méthode de l'Accouchement Sans Douleur (ASD). Une méthode psychoprophylactique, visant à atténuer la douleur de l'accouchement grâce à une préparation à la naissance.

La péridurale fut inventée en France au 20^e siècle. D'abord utilisée en obstétrique aux Etats-Unis en 1960, puis en France dans les années 1970 (2).

Mais, seules les femmes issues de la bourgeoisie pouvaient s'offrir l'analgésie péridurale. En 1994, Simone Veil a mis en place le remboursement de la péridurale à 100 % par la sécurité sociale.

En 1995, le rapport Neuwirth d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement, dénonce un retard de la France au niveau traitement de la douleur (3). Des plans de lutte contre la douleur ont été par conséquent installés.

Par la suite, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 (article L1110-5 alinéa 4) déclare que « *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.* » (4).

La prise en charge de la douleur est donc devenue une priorité de santé publique et un droit fondamental.

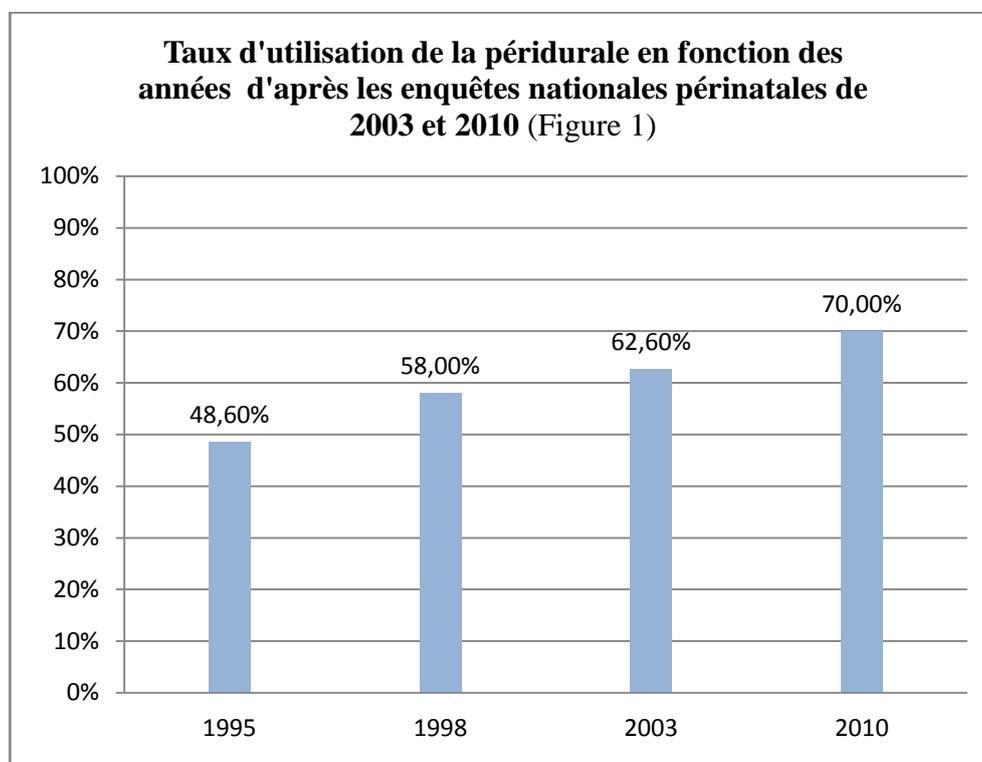
1.2. L'évolution en France

La péridurale supprime la douleur sans pour autant altérer la conscience et la proprioception. Elle est de nos jours la plus efficace des méthodes d'analgésie. Elle permet, pour certaines femmes, de vivre leur accouchement en toute sérénité.

1.2.1. L'utilisation croissante de l'analgésie péridurale

Depuis la mise en place de la péridurale dans les maternités françaises, son taux d'utilisation ne cesse d'augmenter.

La proportion des femmes bénéficiant de la péridurale a été chiffrée dans les enquêtes nationales périnatales de 2003 et 2010 (5,6).



Ces pourcentages incluent tout type d'accouchement (travail déclenché ou spontané, voie basse normale ou instrumentale, césarienne en cours de travail ou programmée).

Le recours à une analgésie s'est visiblement banalisé. Le remboursement de l'Analgésie Péridurale (APD) par la sécurité sociale a contribué à l'augmentation de cette pratique, en supprimant l'indication médicale de ce procédé. Ceci a favorisé l'amélioration du confort des femmes pendant le travail et l'accès à leur droit fondamental.

1.2.2. Une surmédicalisation

On assiste aujourd'hui en France à une utilisation quasi-systématique de la péridurale. Ce qui en conséquence du soulagement des parturientes, engendrel'accroissement de l'interventionnisme médical.

Une forte pression médico-légale peut aussi expliquer la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Le recours aux tribunaux pèse sur la pratique quotidienne conduisant à des pratiques médicales visant à anticiper toute pathologie.

En effet, pour protéger le personnel de santé dans un éventuel procès, beaucoup de recommandations autour de la grossesse et l'accouchement ont vu le jour. Des autorités publiques comme la Haute Autorité de Santé (HAS), des institutions spécialisées comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou des organismes professionnels comme le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ont établi des recommandations. Ainsi le suivi de ces recommandations a mené à une surveillance en continu du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) pendant le travail, une perfusion de la femme en salle de naissance, une plus grande utilisation d'ocytociques...

Une pratique plus sécuritaire a surmédicalisé la grossesse et l'accouchement.

1.2.3. L'engagement professionnel

La médicalisation de la naissance peut parfois porter préjudice à la satisfaction des femmes en salle de naissance.

Ajouté à cela, les études du Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) montrent qu'encore 22% des femmes se disent insatisfaites de la péridurale. Les problèmes les plus souvent rencontrés sont une péridurale inefficace, latéralisée ou encore une

péridurale trop dosée qui supprime toute sensation notamment au moment de la poussée (7). Le regard de la société vis-à-vis de la péridurale a permis à faire évoluer la technique.

Face à ces constatations et à un état des lieux, les professionnels de santé, notamment les anesthésistes, ont pris des engagements vis-à-vis des parturientes (8). En effet, un certain nombre de techniques ont été établies afin d'améliorer l'efficacité de la péridurale et la satisfaction des femmes à l'égard de celle-ci. Tout en assurant une sécurité optimale vis-à-vis de la mère et du fœtus, sans répercussion sur la mécanique obstétricale. Pour s'approcher au mieux des critères de la société, parmi ces méthodes, nous retrouvons :

- L'utilisation de faibles doses d'anesthésiques locaux,
- La rachi-péri combinée (RPC) pour un travail avancé et les patientes hyperalgiques,
- La Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) pour une plus grande participation de la patiente dans la prise en charge de sa douleur et une adaptation des doses aux besoins réels de celle-ci,
- La péridurale déambulatoire pour une plus grande autonomie de la patiente (9).

Cette prise de conscience des professionnels a permis une avancée dans la prise en charge de la douleur.

1.3. Désir du retour à la physiologie ?

Nous assistons de nos jours à un contraste entre deux mouvements.

Il existe d'une part, une importante médicalisation de l'accouchement avec une augmentation du recours à la péridurale ; et d'autre part, un regain du retour vers la physiologie.

En effet, certaines femmes refusent la péridurale. Soit, car elles désirent un retour vers la physiologie, soit car elles souhaitent tester leur limites. De plus, les patientes émettent le désir de bouger durant le travail, aller dans l'eau ou bien garder le contrôle de leur corps.

1.3.1. La préparation à la naissance

Ce désir peut être illustré par une augmentation la présence des femmes, notamment des primipares, lors de séances de préparation à l'accouchement. D'après les

enquêtes de la périnatalité de 2010, elles étaient 66.8 % en 2003 et 73.2 % en 2010 (6). Effectivement, durant la grossesse, les futures mères ont droit à sept séances de préparation à l'accouchement. Celles-ci permettent d'inculquer des méthodes de relaxation, de respiration. Ces séances peuvent être profitables aux femmes désireuses d'un accouchement plus physiologique. Et, l'émergence des formations à l'accouchement physiologique comme la méthode de Gasquet, montre l'aspiration des professionnels de santé à répondre à la demande des femmes. Et ainsi améliorer le confort des femmes et le vécu de leur accouchement (10).

1.3.2. Les alternatives à la médicalisation

De plus, un communiqué de presse du CIANE de 2013 révèle « *une demande croissante des approches moins médicalisées* » de l'accouchement. Les maternités disposent de plus en plus de « salle nature », « espace physiologique » ou « maison de naissance » (72 maternités dans 41 départements). A noter surtout que ces maternités sont plus attractives qu'auparavant ; elles comptaient 108 500 naissances en 2005 contre 124 000 naissances en 2011 (11).

1.3.3. L'ambivalence des femmes

Malgré les moyens mis à disposition, on remarque qu'en salle de naissance quelques femmes qui avaient fait le choix d'accoucher sans péridurale changent d'avis une fois le travail commencé. Elles ont recours à des méthodes naturelles pendant la grossesse, se préparent à un accouchement physiologique mais elles parviennent à la conclusion que pour vivre au mieux leur accouchement, elles doivent être soulagées. Seulement, une fois la péridurale posée, aller dans l'eau, faire du ballon ou déambuler deviennent impossible.

En conclusion, les femmes ont un double discours concernant leur parturition ; elles veulent avoir accès à leur droit fondamental en bénéficiant de l'analgésie péridurale, mais aussi avoir un accouchement plus physiologique. Il existe encore une insatisfaction des femmes en salle de naissance.

2. Vécu de l'accouchement de nos jours : l'insatisfaction des femmes en salle de naissance

Douleur et vécu ne sont pas nécessairement liés. La satisfaction de ne plus endurer la douleur du travail est différente de la satisfaction du vécu de l'accouchement.

2.1. Les souhaits durant l'accouchement

D'après les enquêtes du CIANE menées en France en 2012, le pourcentage des femmes qui formulent des souhaits particuliers durant leur accouchement ne cesse d'augmenter. Elles étaient 36.1 % en 2005 et 57.1 % en 2011. Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux projets de naissance, elles étaient 7% à en avoir élaboré un avant 2005 et 18% en 2011 (12).

2.1.1. Respect des préférences

De nos jours certaines femmes élaborent d'elles-mêmes un projet de naissance. D'autres, en élabore un, suite à un échange en consultation avec la sage-femme ou bien l'obstétricien.

En effet, d'après la décision du 5 février 2008 de L'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie (UNCAM), l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) (qui doit être proposé par le personnel de la périnatalité) est pris en charge par l'assurance maladie (13). Il s'agit d'un temps d'échange pour informer et écouter. Un dialogue, notamment autour des projets de naissance.

Cependant, malgré les moyens mis en œuvre pour aider les femmes et les couples à exprimer leurs souhaits, et l'augmentation de l'expression des femmes, seules 63% déclarent que l'équipe a fait de son mieux afin de satisfaire leurs souhaits durant l'accouchement (12).

2.1.2. Corrélation entre le respect des souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement doit être évalué selon deux composantes : le plan physique et le plan psychique. La satisfaction est un facteur subjectif, mais il doit

néanmoins être pris sérieusement en compte. Tout ceci dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge en salle de naissance.

En toute logique, une femme dont les souhaits sont respectés, vit mieux son accouchement. Ceci a été affirmé par les enquêtes du CIANE de 2012 sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement. L'importance de prendre en compte les souhaits des femmes a été vérifiée.

Il a été montré que sur le plan physique, 60 % des femmes dont les souhaits ont été respectés dans la mesure du possible, ont bien vécu leur accouchement. Contre 12 % qui considéraient que leurs souhaits n'avaient pas été respectés. On retrouve aussi cet écart sur le plan psychologique : 53 % des femmes dont les souhaits ont été respectés, ont bien vécu leur accouchement alors que seules 8 % des femmes ont été satisfaites lorsque leurs souhaits n'étaient pas respectés (12).

2.1.3. En vérité

Concernant les souhaits des femmes, il faut néanmoins prendre en compte que certaines pratiques sont inacceptables ou bien en désaccord avec les recommandations actuelles. En effet, il faut avant tout penser à la sécurité de la mère et à celle de son enfant. Mais au lieu d'un refus, il faut prendre le temps d'expliquer aux femmes les raisons et les risques, ainsi que proposer des alternatives afin d'améliorer le vécu de l'accouchement.

De plus, nous remarquons également qu'en pratique, les souhaits des femmes ou les projets de naissance élaborés pendant la grossesse sont parfois altérés une fois la femme entrée en travail. Certaines femmes, face à la fatigue, la douleur, la durée du travail changent d'avis sur le projet de naissance.

2.2. Accompagnement de l'accouchement

La qualité de l'accompagnement pendant l'accouchement est aussi en corrélation avec le respect des souhaits des femmes en salle de naissance. Toujours lors de la même enquête du CIANE, 97% des femmes dont les souhaits ont été respectés considèrent qu'elles ont eu un accompagnement suffisant alors que seules 16% des femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés, ont déclarées qu'elles avaient eu le soutien nécessaire (12).

2.2.1. Une demande d'échange

Nous remarquons que les patientes demandent une meilleure écoute. Elles souhaitent partager plus avec les professionnels de la périnatalité. Les patientes qui estiment n'avoir pas eu le soutien nécessaire déclarent avoir été abandonnées, laissées de côté. Selon les patientes, le problème serait la solitude, l'absence du personnel de santé (12,14).

Ceci pourrait être amélioré en prodiguant plus d'informations aux couples sur le déroulement du travail. Mais malgré ces propos, il ne faut pas oublier que ceci ne concerne pas la majorité des femmes (12).

2.2.2. L'accompagnement personnalisé de la douleur

La douleur est subjective(Annexe1). Rien ne peut objectiver la douleur. Seules les patientes sont capables de nous orienter vers une prise en charge adaptée. En effet, chaque personne a une expérience différente de la douleur et a ses propres limites (15).

Il semblerait que l'accompagnement de la douleur en salle de naissance devrait être personnalisé, en fonction des souhaits des patientes. Pour cela, l'écoute est un facteur important.

Les anesthésistes ont déjà amélioré la prise en charge de la douleur en salle de naissance, avec la PCEA et des doses de produits anesthésiants plus faibles.

2.2.3. L'accompagnement du personnel

Les femmes ont besoin d'une part, d'un accompagnement physique, et d'autre part, d'un accompagnement psychologique. Un accompagnement adéquat par les professionnels de la périnatalité nécessite du temps. Or, en France, les sages-femmes ont à la charge plusieurs parturientes en même temps. L'attente et le manque de présence peut être considéré par les femmes comme un défaut de soutien de la part des professionnel de santé.

De plus, les structures sont de plus en plus grandes, et la gestion des maternités est de plus en plus considérée comme une « usine ». Une plus grande présence de la part des sages-femmes ou autres professionnels semble difficile.

2.3. La liberté de mouvement : le confort

Nombreux sont les projets de naissance qui sont en rapport avec la possibilité de bouger pendant le travail, changer de position et déambuler. Il n'a pas été prouvé par un essai randomisé que la mobilisation pourrait influencer l'avancé du travail mais elle améliore la satisfaction des couples et des sages-femmes (16).

2.3.1. Le changement de position pendant le travail

En effet, d'après les enquêtes du CIANE, on observe une corrélation entre le respect des souhaits des parturientes et l'opportunité de prendre différentes positions pendant le travail. 55% des femmes, dont les souhaits ont été respectés, ont eu la possibilité de changer de positions. Contre 16 % des femmes, dont les souhaits n'ont pas été respectés (12).

Le changement de position apparaît donc comme un moyen d'améliorer la satisfaction des femmes en salle de naissance, tout en respectant leurs souhaits. Mais, nous voyons qu'environ seulement la moitié des patientes avaient émis ce souhait.

2.3.2. Les positions de l'accouchement

Nous retrouvons également une corrélation entre le respect des souhaits des patientes et la possibilité de choisir la position de l'accouchement. La même étude montre que 42 % des patientes du groupe « souhaits respectés » ont pu choisir la position durant l'expulsion. Alors que 5 % des femmes du groupe « souhaits non respectés » ont eu ce choix.

Respecter la demande des patientes concernant la manière dont elles souhaitent accoucher n'est pas toujours facile. Dans certains cas, la position gynécologique est de rigueur ; par exemple lors d'extractions instrumentales. Ou encore parce que certaines sages-femmes n'ont jamais eu l'occasion de pratiquer des accouchements autrement qu'en position gynécologique.

2.3.3. Dans les faits

Malgré le souhait de se mobiliser pendant le travail, la plupart des femmes souhaitent bénéficier d'une péridurale. En salle de naissance une fois la péridurale posée,

les femmes sont peu ou pas capable d'adopter certaines positions sans aide. Par exemple, la position quatre pattes peut être compliquée avec une réduction temporaire de la motricité des jambes. La déambulation est encore moins possible.

Il semblerait que l'insatisfaction des femmes durant le travail et l'accouchement soit due à la difficulté de la part des professionnels de santé à faire respecter les souhaits élaborés par les couples (mouvement, accompagnement de la douleur). Cette difficulté pourrait s'expliquer par l'ambiguïté des femmes quant à leurs souhaits. En effet, elles désirent moins souffrir mais pouvoir se mouvoir en même temps, ce qui est incompatible avec la péridurale classique ou bien la PCEA.

3. Une alternative : La péridurale déambulatoire associée à la télémétrie

3.1. Les modalités d'utilisation

L'utilisation de la péridurale déambulatoire nécessite des conditions particulières.

3.1.1. Les recommandations

En France, le CNGOF (2007) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, 2002) recommandent l'enregistrement cardiotocographique en continu pendant le travail (17–19). En effet, en France, il n'existe aucune recommandation ciblée concernant l'utilisation de l'auscultation intermittente.

L'enregistrement en continu présente des avantages d'un point de vue médico-légal : possibilité d'une interprétation rétrospective du RCF à différents moments et par plusieurs professionnels de santé et interprétation des tracés lors d'expertises médico-légales. La télémétrie est donc indispensable.

3.1.2. La télémétrie

La télémétrie permet aux parturientes de déambuler pendant le travail tout en bénéficiant d'une surveillance continue du RCF. En cas de problème, la patiente peut appeler la sage-femme à tout moment grâce à une touche d'appel sur le boîtier.

D'anciennes études allemandes ont démontré la faisabilité du monitoring par télémétrie pendant le travail. Il existe peu de données récentes concernant cette pratique (19). Mais une étude publiée en 2014, dans la revue « *gynecology and obstetrics* », montre qu'il n'y a pas de différence significative pour enregistrer les paramètres d'un RCF entre un monitoring classique et un monitoring mobile (20). Des études sont menées en France, mais peu sont publiées (19).

3.1.3. La technique

La technique de la péridurale déambulatoire consiste à une injection par intermittence de produits anesthésiques locaux associés à des morphiniques, à faible doses. Les Pousse Seringues Electriques (PSE) ou les pompes PCEA peuvent également être

utilisées. Ceci implique une surveillance habituelle des paramètres vitaux (tension artérielle, scope, saturation et RCF) pendant 15 minutes à chaque réinjection. Deux tests doivent être ensuite réalisés afin d'évaluer la motricité et la proprioception ; respectivement les tests de Bromage (et, ou signe du tabouret) et Romberg (Annexe 2 et 3). Les Annales Françaises d'Anesthésie et Réanimation (AFAR) ont évalué les besoins de produits anesthésiques en déterminant l'intervalle moyen entre deux injections qui est de 106 minutes (21).

Cette technique ne peut s'appliquer qu'à certains types de patientes.

3.1.4. Les critères d'inclusions

Le CNGOF et la Mise Au Point en Anesthésie Réanimation (MAPAR) définit les critères d'inclusion suivants :

- L'accord de la patiente,
- Présence d'un accompagnant,
- Grossesse normale à terme,
- RCF normal,
- Déroulement du travail à priori simple,
- Enregistrement du RCF en continu : télémétrie.

De plus, bénéficier d'une péridurale déambulatoire exige l'absence de contre-indication :

- Utérus cicatriciel,
- Gémellarité,
- Siège,
- Hydramnios,
- Souffrance fœtale,
- Hypertension artérielle gravidique (8,22).

3.2. L'impact sur les paramètres obstétricaux

Afin d'établir si la mise en place de la péridurale déambulatoire pourrait avoir des effets bénéfiques, il faut tout d'abord évaluer son impact sur la mécanique obstétricale.

3.2.1. La durée du travail

Des études randomisées ont essayé d'évaluer l'influence de la péridurale déambulatoire sur la durée du travail. Il s'agit de comparer la durée du travail entre les parturientes ayant bénéficié d'une péridurale déambulatoire et les parturientes ayant bénéficié d'une péridurale classique.

Certaines études ont montré une différence significative de la durée du travail entre les deux groupes de femmes (23). D'autres ont établi que la péridurale déambulatoire n'influe pas la durée du travail (24–26). Cependant, on ne peut comparer ces études car la sélection des patientes est différente pour chacune d'elles. Il semblerait donc qu'il n'ait pas été certifié que la péridurale déambulatoire ait des effets bénéfiques concernant la durée du travail, mais elle n'a néanmoins **pas d'effets néfastes**.

3.2.2. Le mode d'accouchement

La question de l'influence sur le mode d'accouchement se pose également. Notamment le taux d'extractions instrumentales et de césariennes. Les données sont également controversées. Les études randomisées montrent cependant qu'il n'y a généralement pas de différence significative entre les groupes péridurale déambulatoire et péridurale classique sur le taux d'extraction instrumentale et le taux de césarienne (23,25).

Les enquêtes, qui montrent un effet bénéfique sur le mode d'accouchement, expliquent que cette amélioration est due aux faibles doses d'anesthésiques utilisées (donc à la disparition du bloc moteur) et non à la déambulation en elle-même (27).

3.2.3. Le recours aux ocytociques

La péridurale déambulatoire diminuerait-elle le recours à l'utilisation d'ocytociques ? Les données sont de nouveau débattues.

D'après le CNGOF, qui se base sur les données d'une étude réalisée en 1981, une heure de déambulation correspondrait à une heure d'utilisation d'ocytociques (8). Certaines études randomisées montrent une diminution du recours aux ocytociques avec la péridurale déambulatoire (26).

D'autres études récentes et randomisées montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes péridurale déambulatoire et péridurale classique (23,25).

Il semblerait que les bénéfices de la péridurale déambulatoire, ou de la déambulation en elle-même, sur les paramètres obstétricaux soient discutables. Mais en effet, les études récentes et randomisées ne montrent, pour la plupart, aucun effet bénéfique ni néfaste de la péridurale déambulatoire sur la mécanique obstétricale.

Tableau comparatif des effets de la péridurale déambulatoire par rapport à la péridurale classique (Tableau 1).

Etude	Durée du travail	Mode d'accouchement	Recours aux ocytociques
Vallejo, Firestone, Mandell, 2001	Pas de différence	Pas de différence	Non étudié
Tibi, Bizimungu, Berardi, 2002	Pas de différence	Pas de différence	Pas de différence
Karraz, 2003	Diminution	Pas de différence	Pas de différence
Frenea, Chirossel, Rodriguez, 2004	Pas de différence	Non étudié	Diminution

Cependant, les études sont difficilement comparables, puisque les produits anesthésiques utilisés ne sont pas les mêmes. Il serait donc intéressant de faire des études comparatives avec les mêmes produits anesthésiques.

Tableau comparatif des différents produits anesthésiques utilisés selon les études (Tableau 2).

Etude	Vallejo, Firestone, Mandell, 2001	Tibi, Bizimungu, Berardi, 2002	Karraz, 2003	Frenea, Chirossel, Rodriguez, 2004
Produits anesthésiques utilisés	Fentanyl + Ropivacaïne	Sufentanyl + Bupivacaïne	Sufentanyl + Ropivacaïne	Bupivacaïne + Epinéphrine + Sufentanyl

3.3. L'impact sur les paramètres anesthésiques

Il est également nécessaire d'évaluer l'impact de la péridurale déambulatoire sur les paramètres anesthésiques.

3.3.1. La favorisation des mictions volontaires

La péridurale déambulatoire nécessite de faibles doses en anesthésiques. Ce qui favoriserait les mictions volontaires pendant le travail. Une étude randomisée publiée dans le *British journal of anaesthesia* en 2009 a démontré que les doses de la péridurale déambulatoire maintiendrait les fonctions de la vessie et diminuerait le risque de cathétérisme urinaire pendant le travail (28).

3.3.2. La diminution des risques thrombo-emboliques

Comme lors d'un lever précoce après un accouchement voie basse ou par césarienne, la déambulation au cours du travail diminuerait la stase veineuse et donc le risque thromboembolique. Ceci est clairement expliqué par le CNGOF (8).

3.3.3. La réduction de la compression aorto-cave

Nous savons que certaines positions diminuent la compression aorto-cave. Le CNGOF semble penser qu'il a peu de répercussions sur l'hémodynamique maternelle lorsque les bolus anesthésiques sont injectés en orthostatisme, contrairement à lorsqu'ils sont injectés en décubitus. Ceci entraînerait également une amélioration du RCF, due à la levée de la compression aorto-cave (8).

3.4. L'amélioration de la satisfaction des patientes

Le paramètre indiscutable quant à la péridurale déambulatoire, serait la satisfaction des parturientes et des couples en général (8,27).

3.4.1. La mobilisation possible

La mobilisation qui est l'un des principaux souhaits des femmes pendant le travail, est possible grâce à la péridurale déambulatoire. La parturiente peut pratiquer divers exercices : ballon, étirement, déambulation, changement de position et bain. Ceci

améliorerait le respect des souhaits des patientes et des projets de naissances, et donc leur satisfaction.

3.4.2. L'augmentation des sensations de poussée

Parfois, l'absence de sensation au moment de la poussée est un facteur d'insatisfaction (12). Avec la péridurale déambulatoire, les femmes peuvent plus facilement participer à leur accouchement. Les faibles doses de produits anesthésiants permettent aux parturientes de se sentir plus efficaces pendant leurs efforts expulsifs. Ainsi, elles peuvent avoir la sensation d'accompagner leur bébé durant la naissance et vivre pleinement leur accouchement.

3.4.3. Le rôle du père

Le rôle du père dans le suivi du travail est aussi plus développé. En effet, en cas de déambulation pendant le travail, un accompagnant est obligatoire. Sa présence est donc importante.

L'intérêt principal de faire déambuler les patientes pendant le travail, donc de proposer la péridurale déambulatoire, est de garantir une autonomie plus grande pendant le travail. Ceci, afin d'améliorer leur confort et l'expérience de leur accouchement (29).

Cependant, rares sont les maternités qui proposent ce type d'analgésie, alors que le CNGOF assure que « *la déambulation au cours du travail doit pouvoir être proposée à toutes les parturientes* » (8).

Pourquoi certaines maternités choisissent ou non de faire bénéficier les parturientes de la péridurale déambulatoire?

PARTIE 2 :

Etude et méthodologie

1. L'étude

1.1. La problématique

La péridurale constitue un réel progrès dans la lutte contre la douleur durant l'accouchement. En 2010, en France 70.00% des femmes ont eu recours à la péridurale durant de travail contre 58.00 % en 1998 (5,6).

Malgré le perfectionnement de cette méthode ces dernières années, et d'après les enquêtes du CIANE, encore 22% des femmes se disent insatisfaites de la péridurale (7). L'insatisfaction des femmes durant le travail n'est pas seulement due à la péridurale. En effet, le CIANE relève dans une enquête en 2012 que les principaux motifs du mécontentement des femmes sont l'absence de liberté de mouvement et d'accompagnement personnalisé de la douleur (12). En effet, d'après l'étude menée entre mai 2007 et février 2008, la mobilisation au cours du travail constitue un véritable retentissement sur la satisfaction des couples et des sages-femmes (16).

Il semblerait qu'une nouvelle technique, la péridurale déambulatoire couplée à la téléométrie, serait un bon compromis pour améliorer le confort de la patiente (prise en charge de la douleur et liberté de mouvement) et assurer une prise en charge sécurisée (27). Des études ont montré que la péridurale déambulatoire aurait de réels avantages pour la parturiente concernant les paramètres anesthésiques (8,28).

Il n'a pas été démontré d'intérêt obstétrical à faire déambuler la patiente, néanmoins, il a été certifié qu'il n'existe aucun effet néfaste sur la mère, le fœtus et le déroulement du travail (23-27). L'intérêt principal serait l'amélioration du confort de la patiente (8,27,29).

Il existe cependant peu de données sur l'aspect organisationnel de la péridurale déambulatoire.

Si quelques maternités proposent cette technique aux patientes, seules 8% des maternités françaises ont recours à cette méthode (31).

1.2. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'effectuer un état des lieux concernant la pratique de la péridurale déambulatoire en Ile-de-France.

En effet, de nombreuses études ont été entreprises pour explorer les effets bénéfiques ou non de la péridurale déambulatoire. Mais nous ne connaissons pas le positionnement, les souhaits et les projets des maternités face à cette méthode.

Le but était de comprendre pourquoi celle-ci est peu utilisée et donner les outils nécessaires aux établissements souhaitant la mettre en place et améliorer le confort de la patiente. Identifier les freins et les leviers à la mise en place de la péridurale déambulatoire permettrait :

- De définir des axes d'amélioration pour perfectionner le fonctionnement et l'organisation dans les maternités qui la pratiquent déjà,
- D'aider les maternités souhaitant avoir recours à cette méthode.

1.3. Les hypothèses

Nous nous sommes interrogés sur la mise en place d'une technique nouvelle qui nécessite quelques changements au sein d'un service de maternité. L'analyse de la littérature nous a permis d'établir trois hypothèses principales concernant la mise en place de la péridurale déambulatoire :

- Hypothèse 1 : L'organisation en amont, les moyens financiers et humains constituent un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire.
- Hypothèse 2 : Il est nécessaire de former les personnels médical et paramédical afin de mettre en place cette technique.
- Hypothèse 3 : La parturiente ignore l'existence de cette technique ; il est nécessaire de mettre en place une information pour la patiente.

2. La méthodologie

L'étude s'est déroulée en trois étapes. Afin de pouvoir répondre aux objectifs de l'étude, l'approche concernant la méthodologie était différente pour chacune de ces étapes.

2.1. La première étape de l'étude

2.1.1. La nature de l'étude

Afin de réaliser l'état des lieux concernant l'utilisation de la péridurale déambulatoire, nous avons besoin de recueillir précisément le positionnement de chaque maternité d'Ile-de-France. Il a donc été effectué une étude quantitative sous forme de questionnaire dans le but de classer les maternités dans les groupes suivants (Annexe 4) :

- Celles qui proposent/certains anesthésistes proposent la technique (groupe A).
- Celles qui l'ont proposée et qui ne la proposent plus (groupe B).
- Celles qui ne la proposent pas, mais qui souhaitent la mettre en place (groupe C).
- Celles qui ne la proposent pas et qui ne souhaitent pas la mettre en place (groupe D).

2.1.2. La population cible

La population cible de cette première étape devait connaître l'organisation ainsi que les projets du service de maternité. Par conséquent, ce questionnaire a été adressé aux cadres sages-femmes supérieures ou de la salle de naissance des maternités d'Ile-de-France.

2.1.3. Le déroulement de l'étude

Après avoir obtenu les coordonnées des cadres sages-femmes de chacune des 90 maternités d'Ile-de-France, le questionnaire a été envoyé en ligne, par courrier électronique, le 9 novembre 2014. Des relances ont été effectuées à dix jours d'intervalles (deux au total). Le support utilisé a donc été internet.

Afin d'obtenir davantage de réponses, le support téléphonique a été employé ce qui a permis une saisie directe du questionnaire.

Enfin, une dernière relance a été réalisée en ligne le 12 janvier 2015. Le questionnaire a été clôturé le 31 janvier 2015 et les données ont été analysées à l'aide du test de Fisher.

2.2. Deuxième étape de l'étude

2.2.1. La nature de l'étude

Pour comprendre pourquoi les maternités ne souhaitent pas mettre en place la péridurale déambulatoire, il a semblé indispensable de laisser les maternités s'exprimer. Pour répondre à cet objectif, nous avons procédé à une étude qualitative sous forme d'un questionnaire dans lequel une question ouverte a été posée (Annexe 5). Ceci permettant de laisser libre choix de la réponse et d'obtenir des réponses personnalisées.

2.2.2. La population cible

Pour répondre à cette question, et une fois les maternités d'Ile-de-France classées dans les quatre groupes exposés précédemment, il a été choisi d'interroger les maternités du groupe D : "Nous ne proposons pas la péridurale déambulatoire et nous ne souhaitons pas la mettre en place". Le questionnaire a donc été adressé aux cadres sages-femmes supérieures ou de la salle de naissance des maternités de ce groupe.

2.2.3. Le déroulement de l'étude

Nous avons exclusivement utilisé le support internet pour cette étape de l'étude. Un questionnaire en ligne a été envoyé par courrier électronique à la population cible le 12 janvier 2015 avec une relance dix jours plus tard. L'étude a été clôturée le 31 janvier 2015.

2.3. La troisième étape de l'étude

2.3.1. La nature de l'étude

Afin d'identifier les freins et les leviers de la mise en place de la péridurale déambulatoire, il était nécessaire de discuter avec les professionnels de santé. Une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs est apparue comme la meilleure solution afin de répondre aux objectifs.

2.3.2. La population cible

Pour cette troisième étape, l'étude a été réalisée dans les maternités d'Ile-de-France des groupes suivants :

- Groupe A : "Nous proposons cette technique à nos patientes/Certains anesthésistes proposent cette technique à nos patientes".
- Groupe B : "Nous la proposons mais nous ne pratiquons plus cette technique".

Les entretiens ont été effectués avec les anesthésistes exerçant ou ayant exercé dans ces maternités. Ils sont, en effet, les acteurs principaux dans la mise en place du protocole de la péridurale déambulatoire.

Cependant, pour deux des maternités du groupe B, l'anesthésiste ayant pratiqué la péridurale déambulatoire avait pris sa retraite. Il a donc été décidé de contacter les cadres sages-femmes supérieures de ces maternités pour un entretien.

2.3.3. Le déroulement de l'étude

Il a été convenu de réaliser un seul entretien par maternité. Une trame d'entretien a été élaborée en nous appuyant sur les hypothèses de l'étude (Annexe 6). La trame a évolué au fur et à mesure des entretiens, en fonction de la discussion et du contexte. Effectivement, certaines questions n'étaient pas nécessairement pertinentes.

Afin de ne pas passer à côté de certains éléments et après autorisation des professionnels de santé, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. En effet, l'enregistrement a permis une meilleure fiabilité et une plus grande authenticité. Ils ont été réalisés de façon anonyme en attribuant un numéro à chacun des professionnels de santé.

Les discussions ont été ensuite retranscrites sur un support informatique, puis ont été conceptualisées par thème dans des tableaux. Enfin, elles ont été analysées en suivant les hypothèses de l'étude.

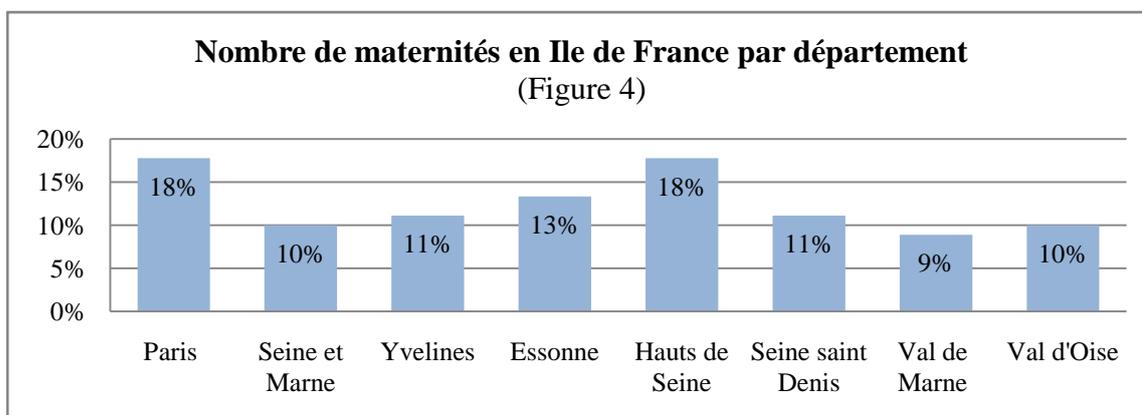
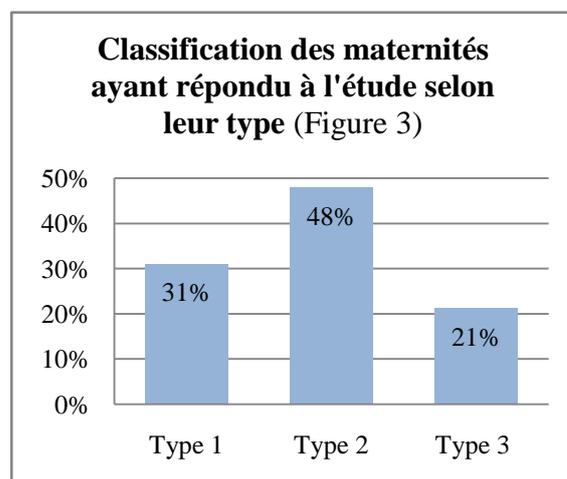
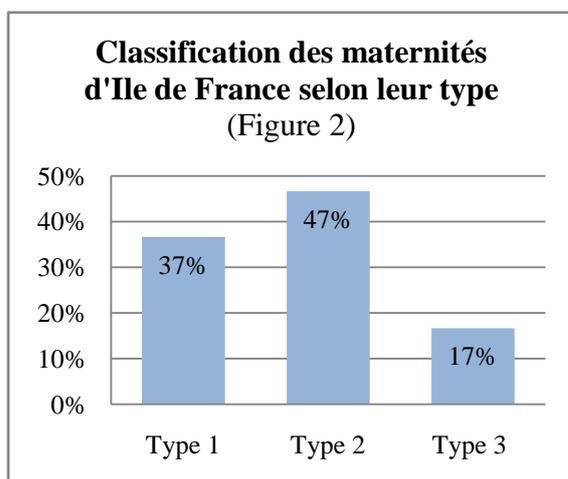
3. La présentation des résultats

3.1. Première étape

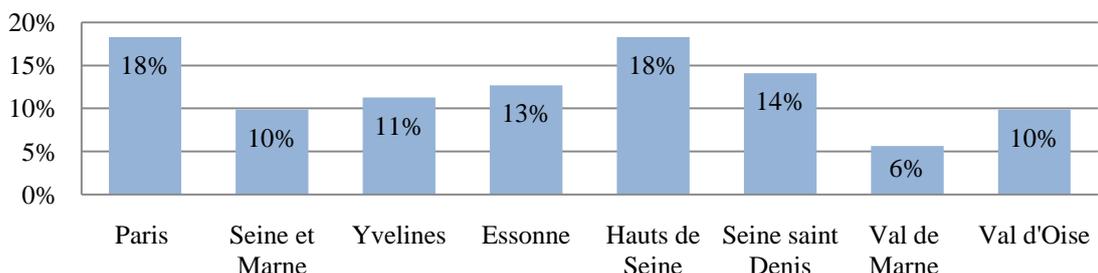
3.1.1. Description générale de la population d'étude

Parmi les 90 maternités d'Ile-de-France, 71 ont répondu au questionnaire. Ce qui représente un taux de réponse de 79 %. Pour un niveau de confiance de 95 %, la marge d'erreur (intervalle de confiance) est de 5.37 %.

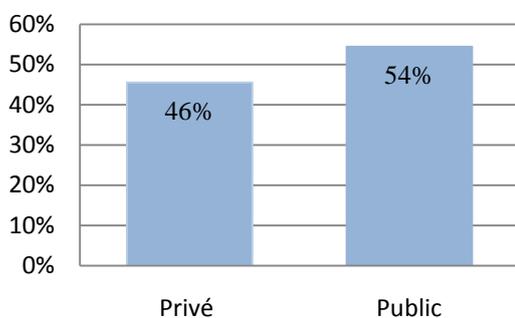
La classification des maternités en fonction de leur type, de leur département, de leur statut et de leur nombre d'accouchements est la suivante :



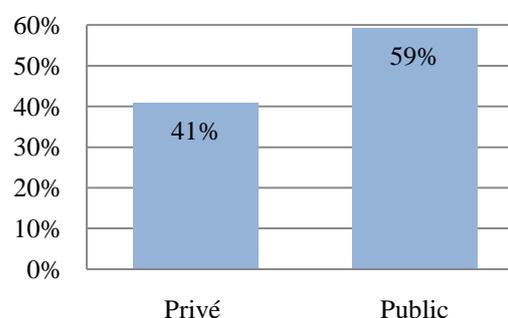
Nombre de maternités ayant répondu à l'étude par département
(Figure 5)



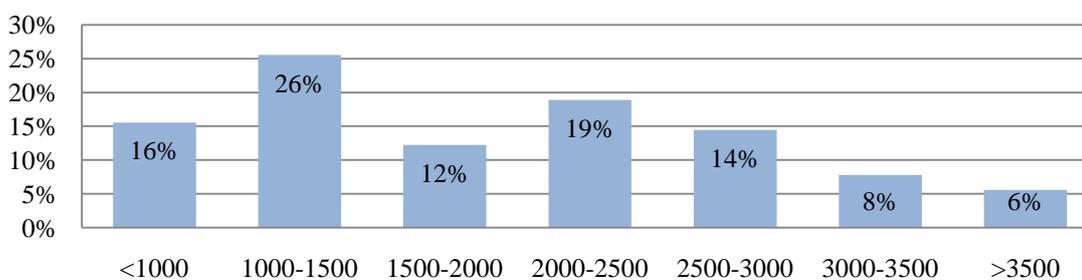
Classification des maternités d'Ile de France selon leur statut
(Figure 6)



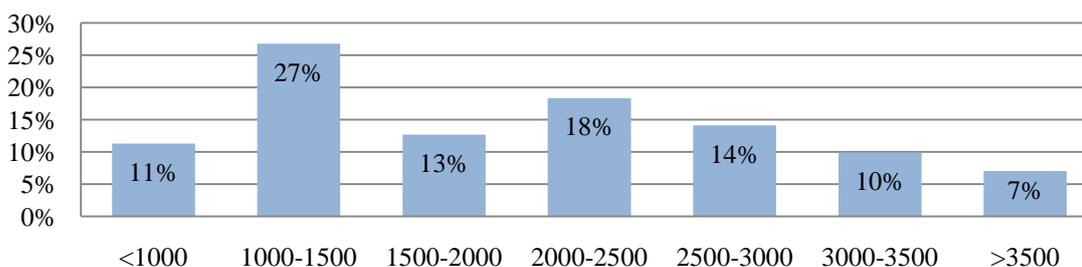
Classification des maternités ayant répondu à l'étude selon leur statut
(Figure 7)



Classification des maternités d'Ile de France selon leur nombre d'accouchements
(Figure 8)



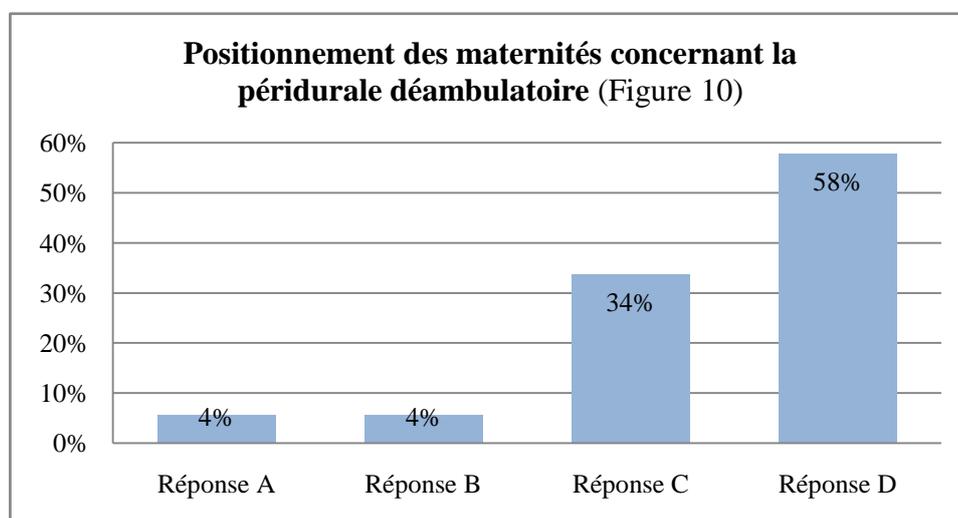
Classification des maternités ayant répondu à l'étude selon leur nombre d'accouchements
(Figure 9)



3.1.2. Les principaux résultats

Les résultats suivants prennent en compte uniquement les maternités ayant répondu à l'étude. Les maternités avaient le choix entre quatre propositions de réponse, ce qui a permis de les classer dans les quatre groupes exposés précédemment :

- Réponse A : Nous proposons cette technique à nos patientes/Certains anesthésistes proposent cette technique à nos patientes.
- Réponse B : Nous la proposons mais nous ne pratiquons plus cette technique.
- Réponse C : Nous ne la proposons pas mais nous souhaitons la mettre en place.
- Réponse D : Nous ne la proposons pas et nous ne souhaitons pas la mettre en place.



Positionnement des maternités en fonction de leur type (Tableau 3).

Type	Réponse A	Réponse B	Réponse C	Réponse D
Type 1 N = 22	5 % (1) Non Significatif (NS)	5 % (1) NS	18 % (4) NS	73 % (16) NS
Type 2 N = 34	3 % (1) NS	3 % (1) NS	50 % (17) NS	44 % (15) NS
Type 3 N = 15	7 % (1) NS	7 % (1) NS	20 % (3) NS	67 % (10) NS

Positionnement des maternités en fonction de leur département (Tableau 4).

<u>Département</u>	<u>Réponse A</u>	<u>Réponse B</u>	<u>Réponse C</u>	<u>Réponse D</u>
Paris N=13	8 % (1) NS	0 % (0) NS	38 % (5) NS	54 % (7) NS
Seine et Marne N=7	0 % (0) NS	0 % (0) NS	43 % (3) NS	57 % (4) NS
Yvelines N = 8	0 % (0) NS	25 % (2) NS	13 % (1) NS	63 % (5) NS
Essonne N=9	0 % (0) NS	0 % (0) NS	56 % (5) NS	44 % (4) NS
Hauts de Seine N=13	15 % (2) NS	8 % (1) NS	15 % (2) NS	62 % (8) NS
Seine saint Denis N=10	0 % (0) NS	0 % (0) NS	40 % (4) NS	60 % (6) NS
Val de Marne N = 4	0 % (0) NS	0 % (0) NS	25 % (1) NS	75 % (3) NS
Val d'Oise N = 7	0 % (0) NS	0 % (0) NS	43 % (3) NS	57 % (4) NS

Positionnement des maternités en fonction de leur statut (Tableau 5).

<u>Statut</u>	<u>Réponse A</u>	<u>Réponse B</u>	<u>Réponse C</u>	<u>Réponse D</u>
Privé N = 29	7 % (2) NS	0 % (0) NS	24 % (7) NS	69 % (20) NS
Public N = 42	2 % (1) NS	7 % (3) NS	40 % (17) NS	50 % (21) NS

Positionnement des maternités en fonction de leur nombre d'accouchements

(Tableau 6).

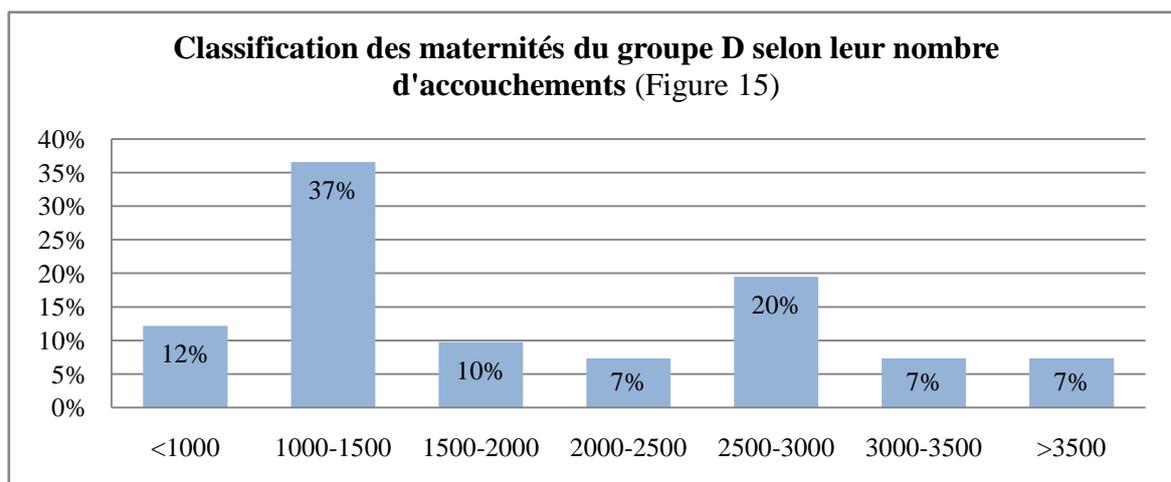
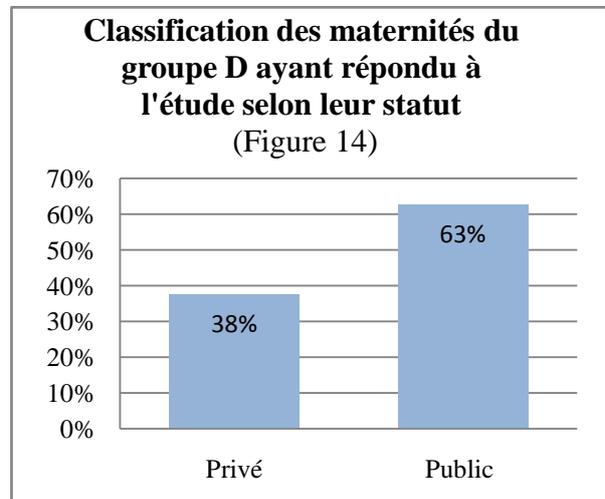
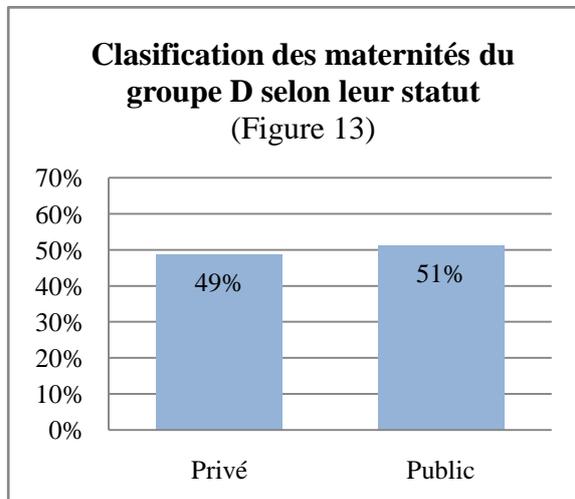
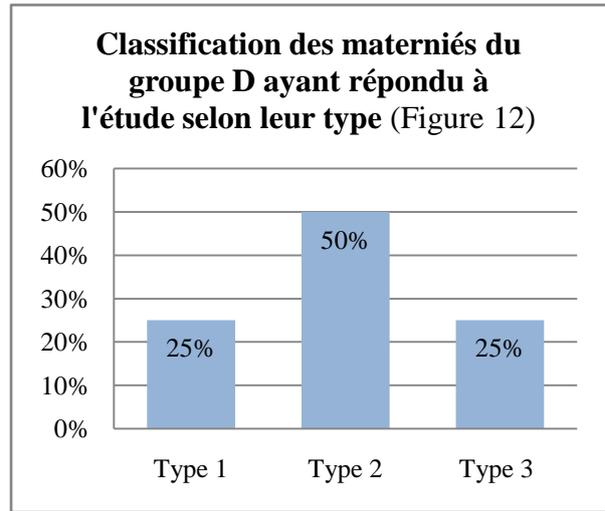
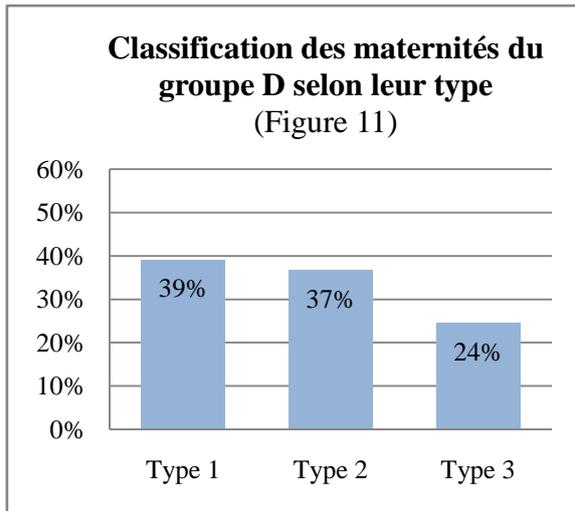
<u>Nombre d'accouchements</u>	<u>Réponse A</u>	<u>Réponse B</u>	<u>Réponse C</u>	<u>Réponse D</u>
<1000 N = 8	0 % (0) p < 0.05	13 % (1) p < 0.05	25 % (2) p < 0.05	63 % (5) p < 0.05
1000-1500 N = 19	0 % (0) p < 0.05	0 % (0) p < 0.05	21 % (4) p < 0.05	79 % (15) p < 0.05
1500-2000 N = 9	0 % (0) p < 0.05	11 % (1) p < 0.05	44 % (4) p < 0.05	44 % (4) p < 0.05
2000-2500 N = 13	0 % (0) p < 0.05	0 % (0) p < 0.05	77 % (10) p < 0.05	23 % (3) p < 0.05
2500-3000 N = 10	0 % (0) p < 0.05	0 % (0) p < 0.05	20 % (2) p < 0.05	80 % (8) p < 0.05
3000-3500 N = 7	43 % (3) p < 0.05	0 % (0) p < 0.05	14 % (1) p < 0.05	43 % (3) p < 0.05
>3500 N = 5	0 % (0) p < 0.05	20 % (1) p < 0.05	20 % (1) p < 0.05	60 % (3) p < 0.05

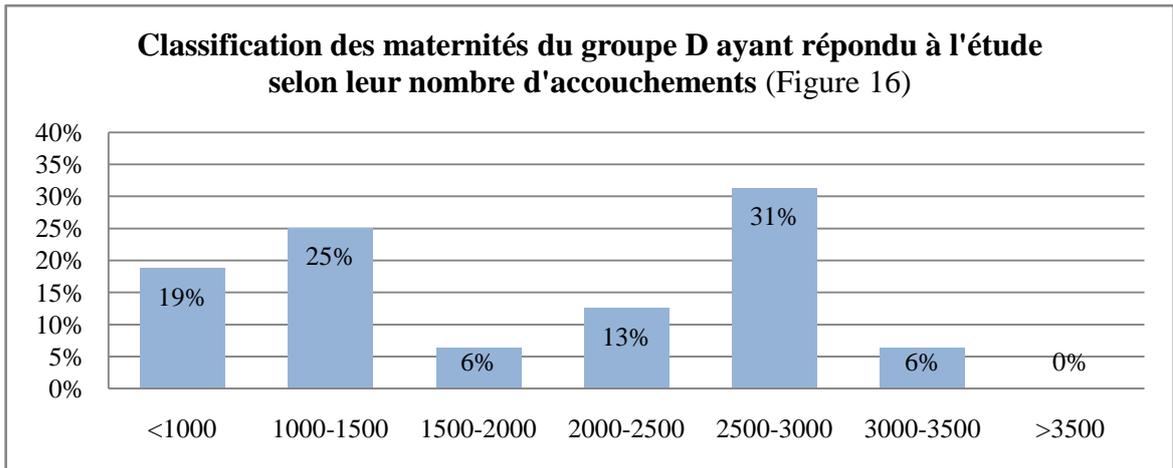
3.2. Deuxième étape

3.2.1. Description générale de la population d'étude

Le questionnaire ciblait les cadres sages-femmes des maternités du groupe : Nous ne proposons pas la péridurale déambulatoire et nous ne souhaitons pas la mettre en place (Groupe D). Parmi les 41 maternités de ce groupe, 16 ont répondu au questionnaire. Ceci représente un taux de réponse de 39 %.

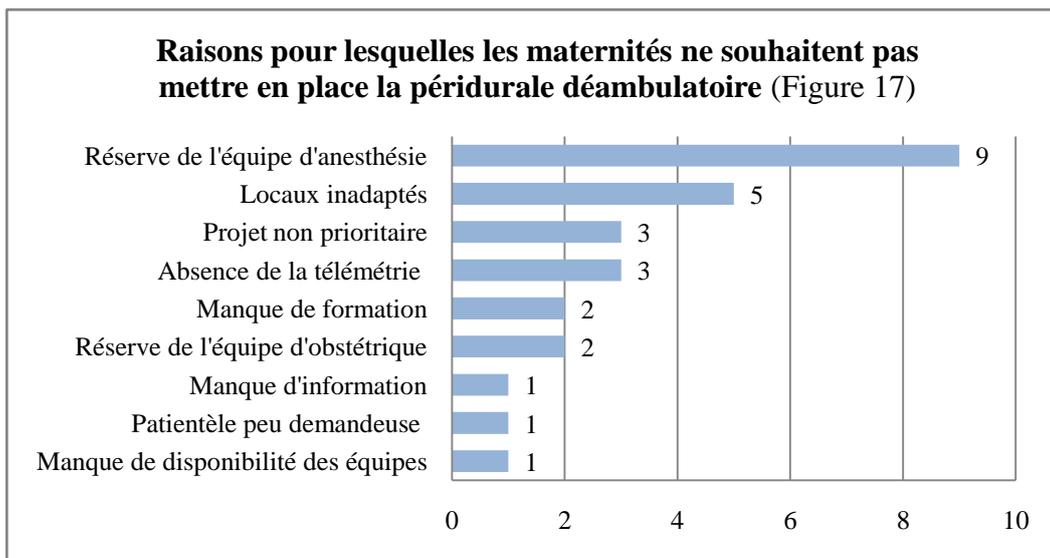
La répartition des maternités qui ne souhaitent pas mettre en place la péridurale déambulatoire en fonction de leur type, statut et nombre d'accouchements était la suivante :





3.2.2. Les principaux résultats

Seize des maternités ne souhaitant pas mettre en place la péridurale déambulatoire se sont exprimées sur les raisons de ce choix (Annexe 7). Nous avons pu relever différents arguments :



3.3. Troisième étape

3.3.1. Description générale de la population cible

Les entretiens ciblaient les deux groupes de maternités suivants (Annexe 8) :

- Nous proposons cette technique à nos patientes/Certains anesthésistes proposent cette technique à nos patientes (Groupe A).
- Nous la proposons mais nous ne pratiquons plus cette technique (Groupe B).

3.3.1.1. Groupe A

Le groupe A compte trois maternités.

Concernant la maternité A :

- Il s'agit d'une maternité de type 3, publique qui compte 3100 accouchements.
- La péridurale déambulatoire a été mise en place avant 1999.
- Elle propose rarement cette technique aux patientes, au cas par cas, essentiellement sur le personnel soignant.
- Trois anesthésistes sur huit la pose.

Concernant la maternité B :

- Il s'agit d'une maternité de type 2, privée à but non lucratif qui compte 3180 accouchements.
- La péridurale déambulatoire a été mise en place en 1995.
- Tous les anesthésistes la posent. Toutes les femmes ont une dose déambulatoire et 30 à 35 % déambulent.

Concernant la maternité C :

- Il s'agit d'une maternité de type 1, privée à but non lucratif qui compte 3000 accouchements.
- La péridurale déambulatoire a été mise en place dans les années 1995.
- Tous les anesthésistes la posent. Toutes les femmes ont une dose déambulatoire et plus de 20 % déambulent.

3.3.1.2. Groupe B

Le groupe B compte trois maternités également. Mais seuls deux entretiens ont été menés dans ce groupe. En effet, concernant l'une des maternités, l'anesthésiste qui a tenté de mettre en place la péridurale déambulatoire a quitté l'établissement, l'essai s'est fait sur quelques patientes uniquement ; la maternité n'a pas souhaité s'exprimer.

Concernant la maternité D :

- Il s'agissait d'une maternité de type 3, publique qui comptait 2500 accouchements.
- La pratique de la péridurale déambulatoire a débuté dans les années 1995 et s'est arrêtée 2 ou 3 ans plus tard.
- Le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire était de 5 à 10 %.

- Tous les anesthésistes ne pratiquaient pas la péridurale déambulatoire ; 3 ou 4 au total.

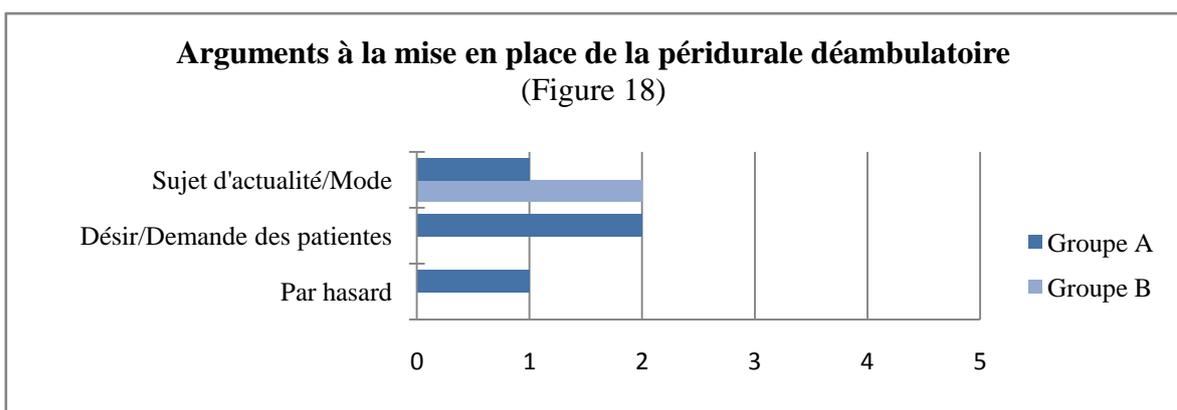
Concernant la maternité E :

- Il s'agissait d'une maternité de type 2, publique qui comptait 2500 accouchements.
- La péridurale déambulatoire a été mise en place avant les années 2000, la pratique a duré un an maximum.
- La technique était rarement employée ; sur demande de la patiente uniquement.
- Un seul anesthésiste (sur les cinq de la maternité) pratiquait la péridurale déambulatoire.

3.3.2. Les principaux résultats

3.3.2.1. Le management

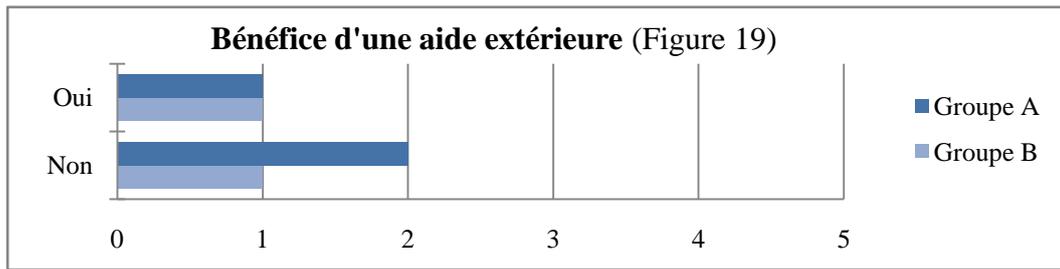
Les arguments à la mise en place de la péridurale déambulatoire étaient les suivants :



Nous remarquons que certains de ces arguments étaient récurrents, notamment celui du "sujet d'actualité" pour le groupe B.

Ensuite, le temps de mettre en place la péridurale déambulatoire variait en fonction de la présence du matériel. Trois maternités ont mis quelques mois ; le temps de réfléchir, mettre en place un protocole et de se procurer le matériel nécessaire. Pour une autre maternité la mise en place s'est faite au fur et à mesure. Enfin pour la dernière, la pratique de la péridurale déambulatoire n'est pas assez courante pour parler de temps de mise en place.

Certaines maternités ont bénéficié d'une aide extérieure :

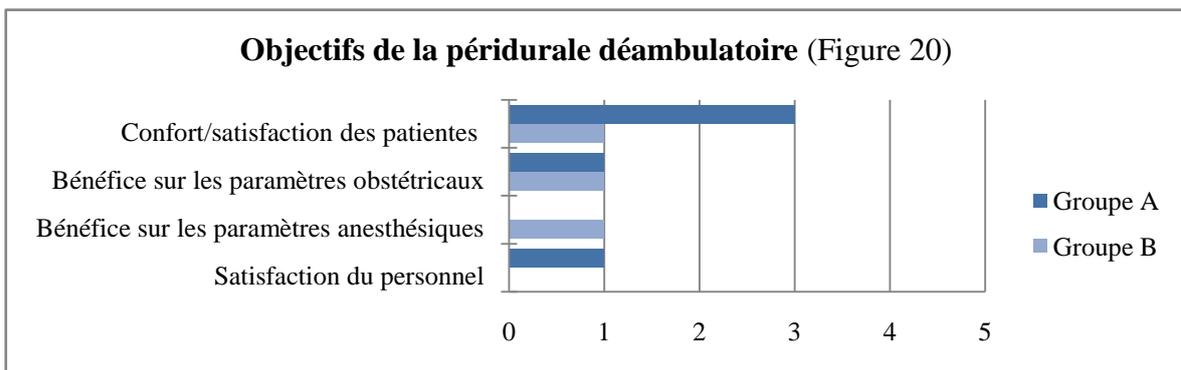


Pour l'une des maternités, l'aide provenait du laboratoire de télé-monitoring. Pour la seconde, elle provenait du laboratoire des pompes PCEA.

Lors des discussions, quatre différents objectifs de la péridurale déambulatoire ont été cités. Ils ont été plus ou moins atteints.

Analyse des objectifs de la mise en place de la péridurale déambulatoire (Tableau 9).

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	Maternité E	Total
Satisfaction des patientes	×	×	×		×	4
Satisfaction du personnel			×			1
Bénéfice obstétrical		×		×	×	3
Absence de bloc moteur			×	×		2
Objectifs atteints ?	Pas assez de pratique	Oui	Oui	Non	Pas assez de pratique	



Enfin, les différentes maternités ont parlé des responsabilités des différents corps d'équipe lors de la pratique de la péridurale déambulatoire. Seuls les anesthésistes et les sages-femmes ont été cités.

L'anesthésiste doit :

- Poser la péridurale,
- Pouvoir garantir l'innocuité de la technique : surveillance hémodynamique, tests de la motricité...

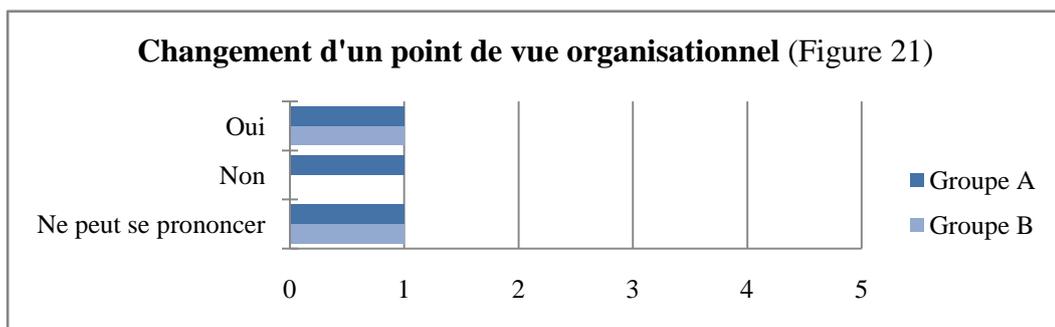
La sage-femme doit :

- Donner son accord pour la déambulation en fonction des paramètres obstétricaux.
- Surveiller le RCF par télémétrie et s'assurer de son bon enregistrement.

La sage-femme peut être également amenée à réaliser les tests de motricité et faire des réinjection dans le cathéter de péridurale.

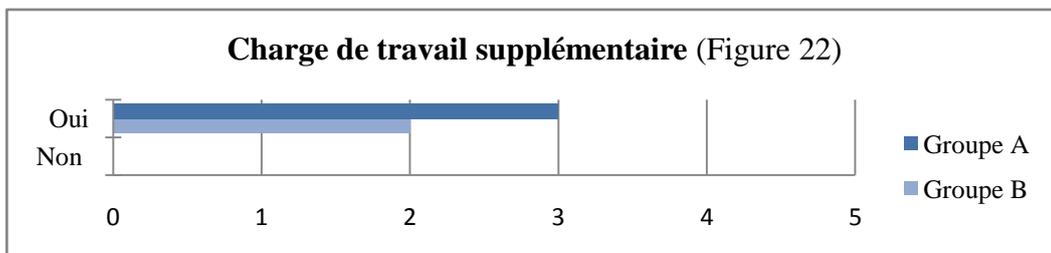
3.3.2.2. La dimension organisationnelle

Le sujet des éventuels changements d'un point de vue organisationnel a été abordé dans les différentes maternités. Les résultats étaient variables :



Les maternités ayant certifié que la péridurale déambulatoire amenait des changements d'un point de vue organisationnel, ont indiqué qu'ils provenaient d'une charge de travail supplémentaire. Deux maternités n'ont pas pu se prononcer en raison d'une pratique qui est, ou était, peu fréquente.

Cependant, lorsque nous avons interrogé les maternités sur la charge de travail que représentait l'utilisation de la technique, les résultats ont été indiscutables :



Nous constatons que les maternités affirment que la péridurale déambulatoire nécessite ou nécessitait une plus grande disponibilité (des sages-femmes essentiellement)

et que la pathologie peut être un facteur limitant. Il faut tout de même noter que la maternité C avait, dans un premier temps, affirmé que la péridurale déambulatoire ne représentait pas une charge de travail supplémentaire. Avant de mettre en place ce procédé, la majorité des femmes ne bénéficiaient pas de péridurale, elles se mobilisaient, les sages-femmes étaient donc familiarisées avec ce type de prise en charge. Mais, elle a finalement admis que l'augmentation d'activité qu'ils avaient récemment connu avait compliqué les choses : *"Je pense que la plus grande difficulté, c'est le nombre d'accouchements et la charge en salle de travail quand même. [...] On essaie de toujours donner la même offre de soins mais c'est hyper compliqué parce qu'on peut pas faire pareil."*

De ce fait, l'utilité d'une plus grande collaboration avec l'équipe a été soutenue par quatre maternités. L'une de ces maternités, qui n'utilise la péridurale déambulatoire que de façon très ponctuelle, a déclaré que l'équipe ne communiquait pas sur ce sujet mais que cela serait profitable pour une pratique plus courante. Une seule maternité (groupe B) a soutenue qu'il n'y a pas eu de changement quant à la collaboration avec l'équipe.

Concernant le versant administratif, aucune maternité n'a modifié ses dossiers lors de la mise en place de la péridurale déambulatoire. La surveillance est ou a été codifiée dans les dossiers d'origine.

Enfin, concernant les locaux, toutes les maternités s'étant exprimé sur le sujet ont soulevé qu'un espace de déambulation serait un avantage pour les parturientes. Mais, aucune d'entre elles ne possède ou n'a possédé cet espace.

3.3.2.3. La dimension financière

Lorsque nous nous sommes intéressé au budget de la mise en place de la péridurale déambulatoire, il était nécessaire de distinguer les maternités qui disposait au préalable le matériel de télémétrie et celles qui ne le possédait pas. En effet, la télémétrie représente un budget conséquent (avoisinant les 100 000 euros).

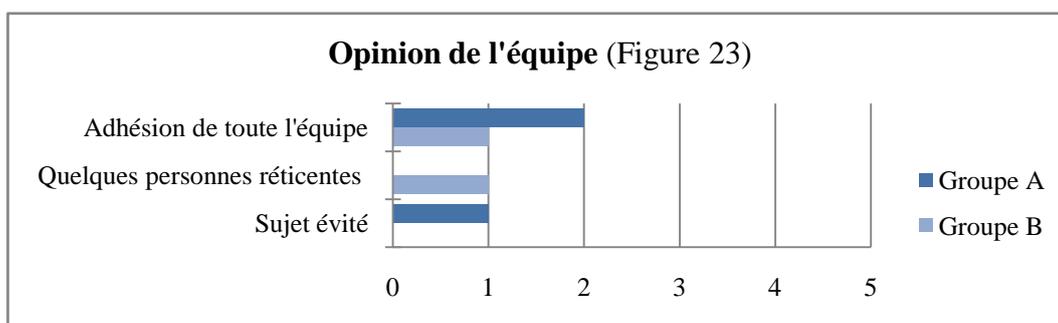
Du côté anesthésie, aucune maternité n'a eu besoin de financement supplémentaire afin de mettre en place la péridurale déambulatoire. Un changement, ou complément, de matériel d'anesthésie n'était pas nécessaire. En effet, les maternités utilisent, ou ont utilisé, le matériel d'anesthésie déjà présent (PSE ou pompe PCEA). Et, il n'y a pas eu d'embauche de personnel lors de la mise en place de la technique.

Par conséquent, pour les trois maternités déjà équipées en télémétrie, le budget afin de mettre en place la péridurale déambulatoire était quasiment nul. Mais, pour les deux maternités qui ont dû se procurer cet appareillage, l'investissement a été considérable. Cette dépense a été assurée soit par l'administration, soit par l'association du chef de service.

Une fois le matériel obtenu le montant des produits d'anesthésie et des kits de péridurale est le même que pour une péridurale classique. Il n'y a pas de dépense pour l'entretien de la technique. Nous ne pouvons donc pas corréler ce critère à l'interruption de la technique au sein des maternités du groupe B.

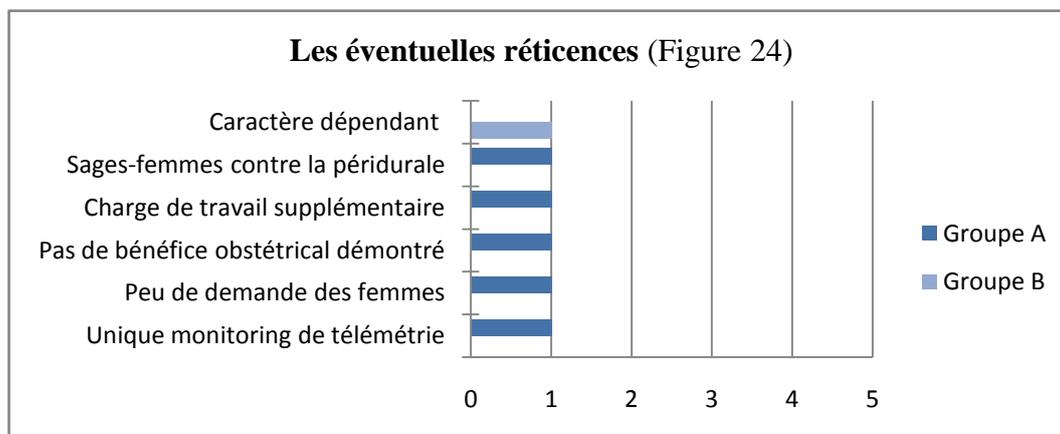
3.3.2.4. Le personnel de santé

Seuls les anesthésistes, les sages-femmes et les obstétriciens ont été cités lorsque le sujet du personnel soignant a été abordé. Les équipes ont majoritairement adhéré :

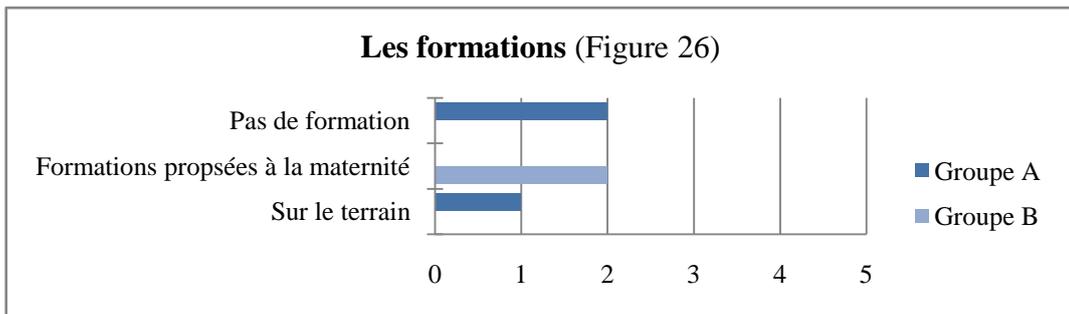
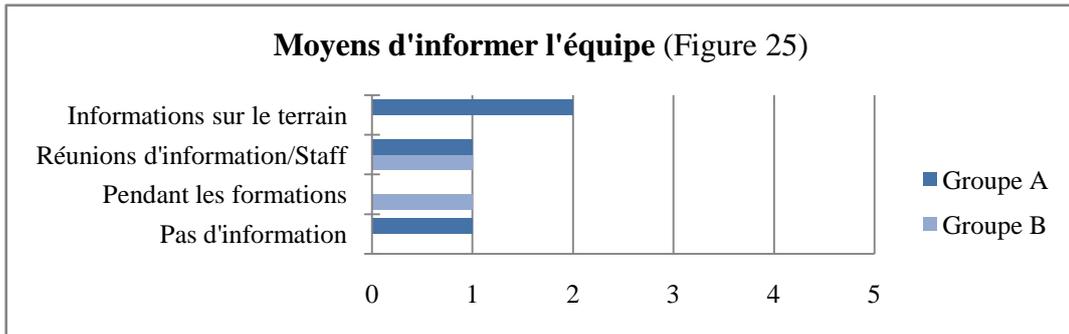


La maternité pour laquelle le sujet est évité et qui, nous le verrons, n'a pas mis en place d'information pour l'équipe, pratique la péridurale déambulatoire très ponctuellement.

Les éventuelles réticences ont été différentes d'une maternité à l'autre :



Nous nous sommes ensuite interrogés sur les moyens mis en place pour informer et former les équipes lors de l'introduction de la méthode au sein de la maternité.

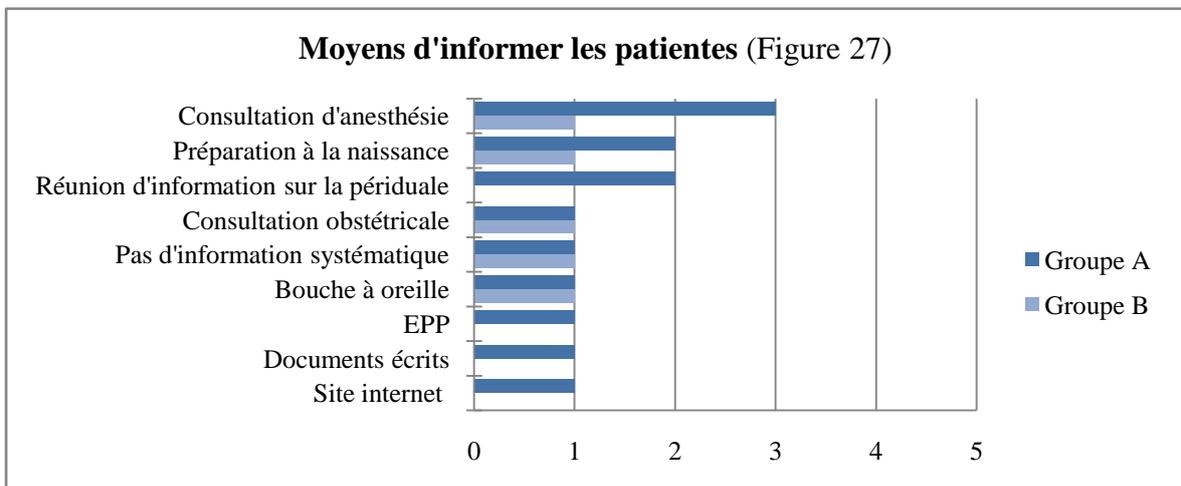


Nous remarquons que les maternités du groupe A n'ont pas eu besoin de former les équipes, ou les ont formées au fur et à mesure sur le terrain. Alors que les maternités du groupe B ont proposé des formations aux équipes ; aux sages-femmes dans ces cas précis.

Pour toutes les maternités, l'adaptation est liée à la motivation et à la mentalité de l'équipe. Plus une équipe sera enthousiaste et motivée, plus le temps d'adaptation sera court et la technique perdurera.

3.3.2.5. Les patientes

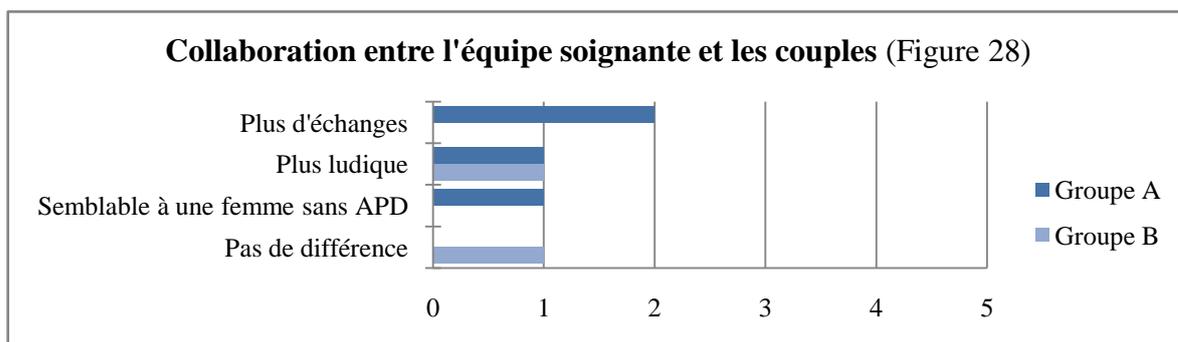
Nous avons étudié les échanges et la relation entre le personnel soignant, la femme et le conjoint. Concernant les informations apportées aux couples, les maternités ont utilisé ou utilisent différents moyens :



Nous remarquons que les maternités du groupe A ont recours à davantage de moyens que les maternités du groupe B. Pour la plupart, les femmes étaient ou sont informées pendant le suivi de grossesse. Pour une maternité du groupe B et la maternité du groupe A qui ne pratique la péridurale déambulatoire qu'occasionnellement, l'information n'était ou n'est pas systématique, elle était ou est seulement donnée lorsque la patiente sollicite le personnel ou le jour l'accouchement. Enfin, parfois les femmes ont la possibilité d'être renseignées avant l'inscription à la maternité par le biais du bouche à oreille, du site internet ou de documents envoyés à domicile.

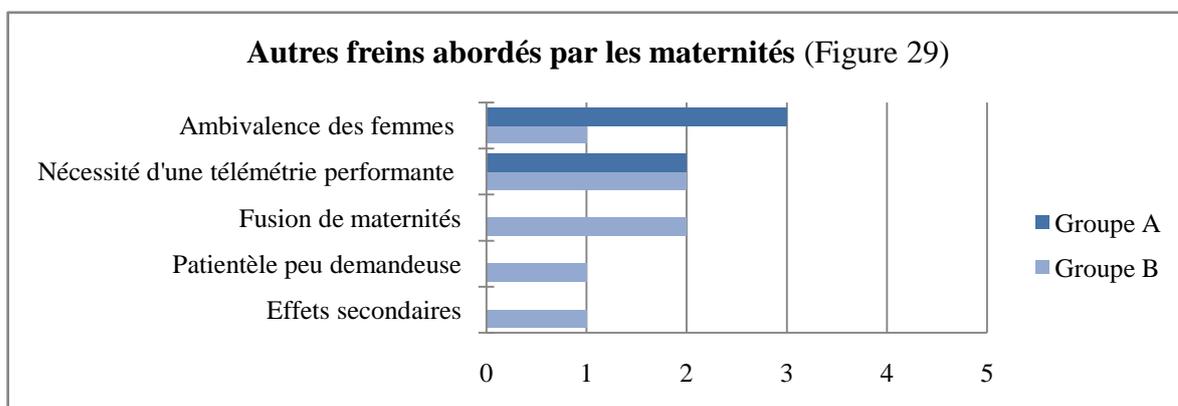
Toutes les maternités ont affirmé que les couples adhèrent ou ont adhéré facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire. En effet, la femme est souvent accompagnée du conjoint. Deux maternités (du groupe A et B) ont mentionné que le rôle du conjoint était plus important ; il a une plus grande responsabilité.

Les interactions entre l'équipe et les couples sont, ont été, ou devraient être différentes pour la plupart des maternités.



3.3.2.6. Les autres freins

Les maternités ont insisté sur d'autres difficultés que l'on pouvait rencontrer lors de la mise en place de la péridurale déambulatoire.



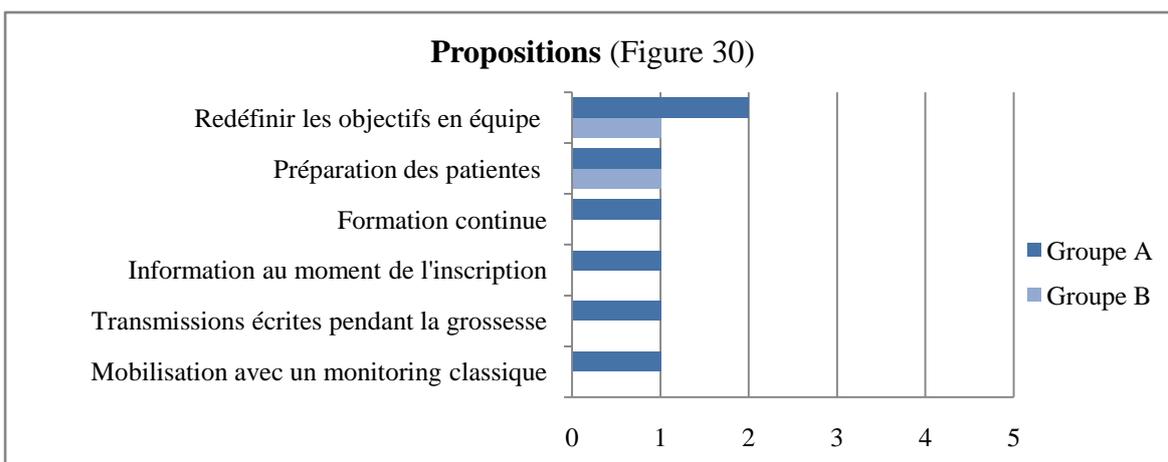
La pratique de la péridurale déambulatoire nécessite également une motivation des parturientes tout au long de la grossesse et du travail, ainsi que du matériel performant pour assurer une prise en charge sécurisée.

Contrairement à la maternité E, la maternité D a affirmé que la demande des patientes avait été un levier dans la mise en place de la péridurale déambulatoire.

Et, les effets secondaires qu'avait répertoriés la maternité D étaient des cas de méningites dues à la rachianalgésie d'induction. Cet établissement a cependant émis le fait que cette technique n'était plus utilisée pour faire déambuler les femmes et donc que ce facteur ne constituait plus un frein.

3.3.2.7. Les propositions

Les anesthésistes, ou la cadre sage-femme, ont pensé à certaines améliorations ou alternatives aux difficultés que la péridurale déambulatoire pouvait entraîner.



Ces propositions sont des solutions pour motiver les équipes et les patientes, et améliorer la communication. L'une des maternités a proposé une alternative à la télémétrie : mobiliser les patientes dans leur salle avec un monitoring classique sans les faire déambuler (Annexe 9).

PARTIE 3 :

Discussion

1. Les principales forces et faiblesses de l'étude

1.1. Première étape

Tout d'abord, la principale difficulté de l'étude, notamment de la première partie a été de recueillir les coordonnées de l'ensemble des cadres sages-femmes des maternités d'Ile-de-France (90 au total). Certaines adresses de messagerie électronique ont été obtenues sur les sites internet des maternités, mais cette méthode n'était pas toujours efficace. Les coordonnées n'étaient pas toujours actualisées. Nous avons donc cherché à obtenir davantage d'adresses par le biais des écoles de sages-femmes et par appels téléphoniques. L'abstention de quelques réponses peut donc être expliquée par des coordonnées erronées.

De plus, nous ne pouvions pas nous assurer que la population cible était informée des pratiques antérieures au sein de leur maternité concernant la péridurale déambulatoire. Nous pouvons donc attribuer une marge d'erreur à ce biais et supposer que l'effectif au sein du groupe B aurait pu être plus important.

Tout de même, avec un taux de réponse de 79 %, la marge d'erreur (intervalle de confiance) est relativement faible (5.37 %) pour un taux de confiance de 95 %. Nous pouvons donc établir que l'échantillon qui s'est constitué était représentatif de la population d'étude. Il s'agit de la principale force de cette étude.

1.2. Deuxième étape

L'étude s'est déroulée en trois étapes. Le temps imparti pour réaliser l'enquête était parfois un obstacle. En effet, en vue des résultats de la première phase, nous avons décidé d'adjoindre une deuxième partie afin de répondre au mieux aux objectifs de l'étude. Le

temps attribué à cette seconde étape a donc été limité et les relances ont dû être restreintes. De ce fait, le taux de réponse a été faible : 39 % au total. L'échantillon ne se rapprochait donc pas de la taille de la population d'étude. Mais la nature de l'étude ayant été qualitative, les données ont pu, tout de même, être exploitées sans avoir un échantillon représentatif de la population d'étude.

Ensuite, nous n'étions pas en mesure de savoir si les maternités s'étaient, dans le passé, concertées à propos de la péridurale déambulatoire. Les raisons exposées par la population cible (cadres sages-femmes), comme les réticences de certains professionnels, peuvent donc être des conjectures. Il serait donc intéressant de poser cette même question aux différents corps d'équipe, puis de comparer les résultats. Mais il était tout de même intéressant de confronter ce biais à nos résultats et d'établir une discussion autour de celui-ci.

1.3. Troisième étape

Concernant la troisième étape, les effectifs des groupes A et B étaient relativement réduits. Mais nous avons pu exploiter cette faiblesse en nous interrogeant sur les raisons pour lesquelles nous n'avons qu'un faible taux de maternité qui proposait la péridurale déambulatoire, ou qui ont abandonné la technique. Cette donnée a fait effectivement partie de notre analyse car les objectifs étaient de trouver une explication à cet échantillon restreint. Il est donc apparu que la meilleure solution pour décrire les différents aspects de la mise en place de la péridurale déambulatoire et pour aboutir à des conclusions, était de mener des entretiens demi-directifs. En effet, cette étape de l'étude s'intéressait à des données qualitatives. La taille de l'échantillon n'a donc pas gêné à l'obtention de résultats.

Il serait néanmoins intéressant de mener ce type d'étude à échelle nationale, afin d'étudier les positions, les avis, les forces et les limites des autres régions de France. En effet, la région d'Ile-de-France est une région particulièrement médicalisée, les maternités sont nombreuses et équipées. Nous ne sommes donc pas en mesure d'affirmer que l'état des lieux concernant la pratique de la péridurale déambulatoire en Ile-de-France est semblable à celui du reste de la France.

2. Discussion des résultats de l'étude

2.1. Première étape

L'état des lieux concernant la pratique de la péridurale déambulatoire, ainsi que les souhaits des maternités par rapport à celle-ci, a permis d'évaluer l'impact qu'avait encore ce sujet plus de 20 ans après son arrivée.

D'après l'étude, la possibilité de déambuler sous péridurale est offerte par 4 % des établissements d'Ile-de-France contre 8 % dans les établissements français (31). En prenant en compte la marge d'erreur (5.37 %) rapportée à notre étude, le taux d'Ile-de-France est corrélé au taux national. De plus, 4 % des maternités ont déjà proposé cette méthode mais ont abandonné le projet. Pourquoi ont-elles arrêté ? Pourquoi si peu de maternités proposent cette méthode à leur patiente ?

Nous remarquons également que la majorité des maternités (58 %) ne souhaite pas la mettre en place. Il est donc vraisemblable qu'il existe des difficultés à la mise en place de la péridurale déambulatoire. Cependant, un taux non négligeable de maternités aimerait proposer cette méthode à leur patiente (34 %). Mais disposent-elles des informations organisationnelles nécessaires ?

Nous avons retrouvé une influence significative sur le positionnement des maternités d'Ile-de-France sur un seul et unique critère : le nombre d'accouchements. La possibilité de déambuler est offerte par 43 % des maternités qui font entre 3000 et 3500 accouchements par an (la totalité des maternités du groupe A sont dans cette tranche). Il était intéressant de confronter ce résultat à notre première hypothèse : les moyens [...] humains constituent un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire. Est-ce le seuil limite du nombre d'accouchements pour pratiquer cette technique ? En effet, 20 % des maternités qui comptent plus de 3500 accouchements par an ont déjà proposé la péridurale déambulatoire à leur patiente mais ont abandonné le projet. Le nombre d'accouchements a-t-il constitué un frein ? Cette hypothèse sera testée dans la troisième partie de l'étude.

2.2. Deuxième étape

Il était intéressant de connaître les jugements que se faisaient les maternités sur les difficultés organisationnelles, de gestion et de communication, qu'entraînent la mise en

place d'une technique nouvelle et donc, de savoir sur quels critères les maternités n'émettaient pas le souhait de proposer la péridurale déambulatoire à leur patientèle. Nous avons pu confronter notre constat aux hypothèses de notre étude, ainsi qu'aux résultats de la troisième partie de l'étude.

Nous remarquons que la principale raison pour laquelle les maternités du groupe D ne souhaitaient pas mettre en place la péridurale déambulatoire, était une réserve des anesthésistes. Seulement, nous pouvons établir une réserve quant à ces résultats en raison des éventuelles conjectures. Nous pouvons émettre deux propositions distinctes. Ces résultats ont soulevé :

- l'importance de l'adhésion de toute l'équipe,
- ou l'importance d'une communication et d'une concertation préalable rigoureuse.

Secondairement, les problèmes de locaux constituent également un obstacle pour les maternités du groupe D. Ce sujet a été abordé avec les maternités des groupes A et B : constitue-t-il un frein ? De même que pour toutes les autres raisons exposées dans cette étape de l'étude. Ces thèmes seront discutés lors de la troisième partie de l'étude.

2.3. Troisième étape

2.3.1. Confrontation des résultats avec la problématique

Il est intéressant de remarquer que le désir de la femme et la nouveauté de la technique étaient les principales raisons des maternités à mettre en place un protocole de péridurale déambulatoire. Ceci démontre que la mise en place de la méthode, à cette époque, était liée à l'engagement des professionnels de santé à répondre aux besoins de la parturiente. En effet, en 1998, le CNGOF a présenté les nouvelles techniques d'analgésie, notamment la péridurale déambulatoire, que l'on pouvait proposer aux femmes. Elles avaient *"le mérite d'augmenter largement la satisfaction maternelle"*(8). Aussi, des articles sont apparus pour promouvoir ce type d'analgésie et dévoiler la nouvelle activité de certaines maternités (32) . C'est à cette époque que la totalité des maternités de notre étude ont mis en place la péridurale déambulatoire.

De même, nous notons que le principal objectif des maternités des groupes A et B lors de la mise en place de cette technique était d'améliorer le confort et la satisfaction des femmes en salle de naissance, puis secondairement d'améliorer le pronostic obstétrical. La

seule maternité qui n'avait pas atteint ses objectifs et qui, finalement a abandonné la technique, était celle dont la satisfaction des patientes n'était pas la priorité. En effet, il n'a jamais été clairement prouvé l'intérêt obstétrical de la péridurale déambulatoire (23–27). Cette maternité a cependant admis que l'objectif était "*secondairement, [...] l'amélioration de l'humanisation de l'accouchement, de l'ambiance dans l'équipe*". Nous constatons encore une fois une volonté commune d'accéder au désir des parturientes.

Nous constatons que le personnel médical a décelé une amélioration de la satisfaction maternelle. Mais, il faut tout de même mentionner que l'enquête ne s'est réalisée que sur un faible effectif (cinq maternités au total). De plus, faute de temps, dans notre étude les patientes n'ont pas pu être interrogées et nous n'avons pas de recul sur ce que pensent réellement celles-ci. Il était, en effet, intéressant d'étudier le ressenti du personnel, mais nous n'avons pas de données sur le ressenti des patientes dans les maternités de notre étude. Nous ne pouvons donc pas conclure à des résultats avérés. Nous savons tout de même que la satisfaction maternelle grâce à la péridurale déambulatoire a largement été prouvé dans d'autres études (22,33,34).

Cet intérêt pour le confort maternel des maternités des groupes A et B soulève des questions. Pourquoi les maternités du groupe C désirent mettre en place la péridurale déambulatoire ? Ont-elles également le projet d'améliorer la satisfaction maternelle ?

Nous savons désormais comment s'est décidé l'introduction de la méthode au sein des maternités des groupes A et B. Nous connaissons leurs objectifs et leurs motivations. Surtout, nous avons remarqué que la méthode était plus durable, et un succès, si la satisfaction maternelle entrainait dans ces objectifs. Maintenant, quels sont les autres leviers de la mise en place de la péridurale déambulatoire, et quels sont les freins ?

2.3.2. Confrontation des résultats avec les hypothèses de l'étude

L'objectif de cette partie de l'étude était de comprendre pourquoi la méthode de péridurale déambulatoire est peu utilisée, et donner les outils nécessaires aux établissements souhaitant la mettre en place et améliorer le confort de la patiente. Les résultats de l'étude seront confrontés à nos hypothèses de départ, et dans un même temps, aux données de la littérature.

2.3.2.1. Première hypothèse

L'organisation en amont, les moyens financiers et humains constituent-ils un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

Concernant les versants réglementaire, organisationnel, et financier, nous avons noté lors de nos entretiens que :

- Les maternités n'ont, en général, pas nécessité d'une aide extérieure (éventuellement les laboratoires pour le matériel).
- Le temps pour mettre en place la technique était court, dépendant de la procuration du matériel et de l'élaboration du protocole. Ceci afin d'assurer une prise en charge sécurisée. Il n'était pas nécessaire de modifier les dossiers.
- Les responsabilités de l'équipe soignante sont les mêmes que pour une péridurale classique, avec en complément: l'évaluation du bloc moteur et la vérification des contre-indications à la déambulation.
- La collaboration entre les équipes était ou est essentielle.
- Il existe une charge de travail supplémentaire en aval de la mise en place de la technique. La pathologie peut constituer un frein.
- Le financement concernait uniquement la télémétrie et représente un budget conséquent. Celle-ci doit être performante.
- Posséder un espace de déambulation n'était pas une priorité mais ce serait "un plus".

Pratiquer la péridurale déambulatoire ne signifie pas réellement pratiquer une technique d'analgésie différente par rapport à la péridurale classique. Mais cela traduit une approche et une utilisation différente de celle-ci. En effet, les compétences sont les mêmes. Mais positionner les femmes et s'assurer d'un bon enregistrement du RCF (repositionnement des capteurs) sur des patientes en mouvement requiert davantage de temps et de disponibilité. Une collaboration plus fine entre les équipes, pour faire face à ce frein, est essentielle.

L'acte en lui-même n'est pas différent, mais l'engagement qu'implique la décision de verticaliser les femmes, signifie un investissement humain plus important et plus chronophage. Le nombre d'accouchements peut donc constituer un frein. De plus, l'absence de dépense concernant le versant anesthésie (pas de changement de matériel) confirme cette conclusion : il ne s'agit pas d'un autre type d'analgésie. Cependant, le financement de la télémétrie constitue un budget conséquent.

L'organisation en amont ne constitue donc pas un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire mais l'hypothèse est affirmée, dans le sens où, les investissements financiers et humains peuvent être un obstacle dans l'utilisation de la péridurale déambulatoire.

Peu d'auteurs se sont intéressés à l'aspect logistique de la péridurale déambulatoire. Cependant, les AFAR considèrent que du côté des anesthésistes, elle constitue une "*charge de travail moindre par rapport à la péridurale classique*" (21). Les sages-femmes n'y sont pas mentionnées alors que d'après notre étude et d'autres articles, celles-ci sont les premières concernées par la charge de travail surajoutée (35). De plus, la technique décrite dans les AFAR, sont les injections intermittentes alors que les maternités de notre étude utilisent également les PSE ou les pompes PCEA. Nous ne pouvons pas comparer ces appréciations.

Aussi, il est nécessaire de prendre en compte, au préalable, le modèle d'accompagnement de la femme dans une maternité, afin d'évaluer l'impact que peut avoir l'introduction de la péridurale déambulatoire au sein de celle-ci. Les résultats nous ont montré que la charge de travail pouvait être inchangée si la mobilisation des femmes était déjà inscrite dans l'histoire de la prise en charge. Ce fait est également décrit par d'autres travaux (36). Mais l'augmentation du nombre d'accouchements (supérieur à 3000), quel que soit la prise en charge initiale, représente une difficulté. Cependant, concernant le niveau de la maternité, nos résultats se sont opposés. En effet, lors de la première étape, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le positionnement des maternités et leur niveau de soins. Alors que, lors de nos entretiens, les établissements nous ont affirmés que prendre en charge de la pathologie pouvait monopoliser un temps nécessaire pour mobiliser les femmes dont l'accouchement est normal. Nous pouvons donc déduire que cela reste accessible pour les maternités de niveau 3, sous réserve d'une disponibilité du personnel, afin de concilier la physiologie et la sécurité.

Malgré le fait que la technique de pose et que les produits utilisés ne soient pas modifiés, il faut retenir que proposer la péridurale déambulatoire aux patientes nécessite tout de même l'élaboration d'un protocole pour les doses et le mode de surveillance (Annexe 10). Il ne s'agit pas d'un surcroît de travail, mais ceci démontre qu'il s'agit d'une recherche médicale solide et appliquée pour assurer la sécurité maternelle et fœtale. En effet, d'après le code de la santé publique (Article L 1110-5), celle-ci est indispensable (37). La pratique de la péridurale déambulatoire nécessite une documentation et une

information sérieuse de la part des professionnels de santé, et une implication certaine. La revue de la littérature traite les différents protocoles utilisés et les recherches se sont axées sur les moyens d'assurer la sécurité maternelle et fœtale :

- Association de faibles doses d'anesthésiques et morphiniques pour garantir l'absence d'un bloc moteur,
- L'évaluation constante du bloc moteur,
- Les contre-indications à la déambulation,
- La nécessité d'un accompagnant,
- Les consignes de sécurité,
- L'enregistrement du RCF en continu (8,21,22).

Les maternités des groupes A et B ont, en plus, insisté sur la nécessité d'une télémétrie performante. Il s'agit d'un engagement de la part des professionnels ; atteindre des objectifs sans négliger la sécurité maternelle et fœtale.

Cette documentation montre que les professionnels de santé ont des moyens mis à disposition pour s'informer.

2.3.2.2. Deuxième hypothèse

Est-il nécessaire de former les personnels médical et paramédical afin de mettre en place cette technique ?

Relatifs aux professionnels de santé, les entretiens nous ont indiqué que :

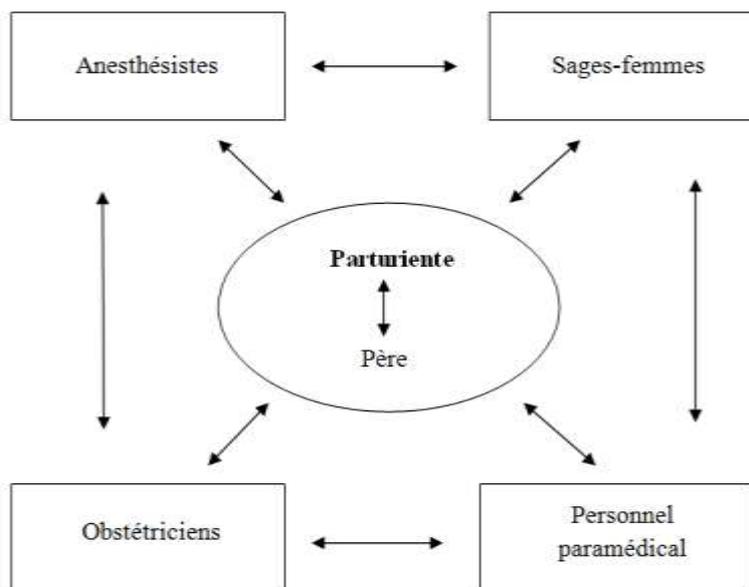
- Les professionnels sont majoritairement enthousiastes. Le succès de la méthode est dépendant de l'adhésion de l'équipe et du nombre d'anesthésistes utilisant le protocole. Si les échanges entre les équipes sont limités, la pratique de la péridurale déambulatoire est très occasionnelle. Ou bien, si une part de l'équipe n'adhère pas, le projet est abandonné.
- Les éventuelles réticences sont variables et en rapport avec l'hypothèse 1 : les moyens matériel et humain, les objectifs et les motivations.
- Les informations à l'équipe soignante sont données, pour le groupe A, sur le terrain et lors de réunions (inter-équipe). Pour le groupe B, lors de réunions et de formations.
- Le groupe A n'a pas nécessité de formation, les équipes se sont formées entre-elles, sur le terrain. Le groupe B a proposé des formations pour les sages-femmes.
- L'adaptation est liée à la motivation de l'équipe.

Nous remarquons clairement que la continuité de l'application du protocole de la péridurale déambulatoire ne dépend pas d'une formation initiale consignée. En effet, les seules maternités, qui continuent à proposer cette péridurale, n'ont pas offert de formation à proprement dit à l'équipe médicale. Elle s'est établie au fur et à mesure sur le terrain. L'hypothèse est donc infirmée, mais à nuancer.

En effet, une formation extérieure initiale n'est pas indispensable, mais une information, une communication au sein de l'équipe et entre les différents corps de métier, semblent essentielles. La formation doit être répartie dans le temps, à l'image d'une Formation Médicale Continue (FMC) (38). Il s'agit, en effet, d'une proposition soumise par l'une des maternités de notre étude. Encore une fois, la difficulté n'est pas de mettre en place la péridurale déambulatoire mais de faire durer la démarche.

Ensuite, la potentialité d'une formation sur le terrain, dévoile le besoin d'un lien entre les différents corps d'équipe. En effet, l'information par la revue de la littérature peut suffire (35). La cohésion et la communication, déjà démontrées au cours de la première hypothèse, se reflètent également dans la formation et l'information. Effectivement, les maternités du groupe B ont proposé des formations uniquement pour les sages-femmes, alors que les maternités du groupe A prônent une dynamique de l'ensemble de l'équipe : *"c'est tout le monde"*.

Communication préconisée par les maternités du groupe A (Figure 31)



La communication entre les équipes est importante ; avec les couples également.

2.3.2.3. Troisième hypothèse

La parturiente ignore-t-elle l'existence de cette "technique"? Est-il nécessaire de mettre en place une information pour la patiente ?

Du côté des patientes, les résultats ont été :

- Le groupe A utilise davantage de moyens (oral, écrit et informatique) pour informer les patientes des méthodes d'analgésie utilisées que le groupe B.
- Les informations sont réalisées tout au long de la grossesse, parfois même avant l'inscription en maternité pour le groupe A.
- Les maternités ayant informé ou informant les patientes seulement sur leur demande, ne pratique la péridurale déambulatoire que de façon ponctuelle ou ont abandonné la méthode.
- Le bouche à oreille a fonctionné pour des maternités du groupe A et du groupe B.
- Les couples adhèrent facilement aux conditions d'utilisation de la démarche.
- Les échanges entre les couples et le personnel sont différents ; ils sont plus importants, plus ludiques... Le père joue également un rôle.
- Les femmes sont enthousiastes pendant la grossesse mais leur motivation cède au cours du travail : ambivalence des femmes.

Il semble efficace de fournir aux patientes une information riche, variée et répétée pour faire fonctionner la méthode. Le bouche à oreille a été effectif dans les deux groupes, mais cela n'a assurément pas suffi pour la maternité du groupe B. Il faut tout de même noter, que cette maternité (D) n'a pas mis en place une réelle information, car elle ne pouvait pas assumer une demande trop importante en raison de problème de matériel. Nous pouvons donc conclure, de manière très mesurée, que les patientes connaissent partiellement l'existence de la technique. Il serait plus probant d'interroger directement les femmes pour entièrement affirmer ou infirmer cette hypothèse. Les femmes, qui accouchent au sein des établissements qui ne proposent pas la péridurale déambulatoire, connaissent-elles l'existence de cette analgésie ? En effet, nous n'avons qu'une vision des professionnels des maternités qui proposent ou qui ont proposé la méthode, et les résultats sont mitigés. Il est donc difficile de vérifier pleinement l'hypothèse : la patiente ignore l'existence de cette "technique". Cependant, qu'une patiente la connaisse ou non, la mise en place d'une information est nécessaire pour faire durer la méthode et préserver la motivation des femmes. Nous pouvons donc affirmer la seconde partie de l'hypothèse.

Nous avons constaté que la communication et la collaboration étaient différentes, plus importantes lorsque cette méthode était proposée. Dans la plupart des cas l'information se fait oralement, et tout au long de la grossesse. Il est donc important que tous les professionnels aient un discours uniformisé, qu'ils soient tous coopérants. Tous les moyens de communication verbaux sont intégrés dans le suivi classique d'une grossesse. Il n'est donc pas nécessaire de créer un temps supplémentaire pour cela. Les autres méthodes consistent à informer la patiente avant ou au moment de l'inscription en maternité, avec soit l'utilisation d'un support écrit, soit informatique. En somme, l'information doit être répartie dans le temps pour que le couple puisse élaborer ses attentes. La communication des renseignements doit être à double sens. En effet, le fait de communiquer lors de la préparation à la naissance ou de l'EPP, démontre que la péridurale déambulatoire est un projet de naissance, une motivation qui d'après notre étude peut diminuer le jour de l'accouchement. L'ambivalence des femmes peut donc toujours constituer un frein. Un article du *Canadian Journal of anesthesia* déclare que "*La plupart des femmes en ambulation n'ont en fait pas saisi l'occasion de marcher. [...] Il se peut que [les équipes] n'aient pas véritablement encouragé les femmes à marcher*" (35). Est-ce dépendant d'une motivation des femmes ou de l'équipe ? Qu'attendent les femmes d'une péridurale déambulatoire ? Encore une fois, le témoignage des patientes serait utile, et cette fois-ci en aval de leur accouchement.

Néanmoins, la littérature et la maternité C de notre étude, se sont entendues sur le fait qu'avoir simplement une dose déambulatoire pourrait convenir aux femmes. Que se mobiliser dans leur salle, ou tout simplement être en possession de leur corps pourrait leur être bénéfique (39). En effet, la maternité C a déclaré : "*Le fait que dans une salle de travail, une femme puisse se bouger, c'est déjà énorme*". Les locaux et la télémétrie sont-ils donc pleinement un obstacle ?

En définitive, une information sur les possibilités de la péridurale déambulatoire, une communication entre les couples et le personnel est décisive.

Malgré les avantages que représente la péridurale déambulatoire pour les patientes, celle-ci n'est pourtant pas fréquemment proposée par les maternités d'Ile-de-France. Mais certaines ont émis le souhait de le mettre en place. Après avoir mené notre enquête, nous pouvons soumettre quelques propositions.

3. Propositions et perspectives

Nous avons pu mettre évidence les difficultés de logistique qu'impliquait la péridurale déambulatoire. Il s'agit, en effet, d'une démarche de l'équipe et de la patientèle. La communication peut être aussi bien un frein, qu'un moyen pour affronter ces difficultés.

3.1. Actions auprès de l'équipe et de la patientèle

Au cours de notre étude, nous avons pu établir que les objectifs étaient déterminants dans la mise en place de la péridurale déambulatoire.

Il devrait s'agir de la première étape dans l'instauration du protocole. Nous avons remarqué que le travail en équipe était un levier pour établir une organisation. Les objectifs doivent être donc définis et approuvés en équipe, avec les différents corps de métiers. Ceci aussi pour évaluer les motivations de chaque partie prenante.

S'assurer de l'adhésion de l'ensemble de l'équipe, semble être la deuxième étape. En effet, nous avons remarqué que si les équipes ne se concertaient pas, ou si l'équipe était partiellement engagée, la pratique était occasionnelle ou abandonnée. La totalité des anesthésistes, des obstétriciens, des sages-femmes et de l'équipe paramédicale doivent être investis.

Mais nous avons pu démontrer qu'une équipe motivée ne suffisait pas. Il faut également que les patientes soient demandeuses jusqu'au bout de la grossesse, et informées. Lors d'une troisième étape, une enquête auprès des patientes de la maternité nous apparaît comme un moyen de garantir que celles-ci sont éligibles à cette méthode. En effet, une approche socioculturelle intra-muros de la patiente permettrait de mettre en exergue les attentes et la potentialité de la péridurale déambulatoire. Enquêter auprès de l'équipe au sein de la maternité paraît être une précaution à prendre avant d'engager le processus d'écriture du protocole, qui est la quatrième étape.

L'élaboration du protocole peut être réalisée à l'aide de la revue de la littérature. Ensuite, il est nécessaire d'informer l'ensemble de l'équipe sur ce protocole, les modalités de la péridurale déambulatoire, par des réunions et sur le terrain. Afin de maintenir l'union et la motivation dans la durée, l'information doit être récurrente. Peut-elle être intégrée dans la FMC ?

Une fois avoir vérifié que tous les acteurs de la mise en place de la péridurale déambulatoire sont partants pour le projet, il est nécessaire de concrétiser cette mise en place.

3.2. Détermination des stratégies de prise en charge en fonction des caractéristiques de la maternité

Nous avons pu voir que toutes les maternités, équipes et patientes ne sont pas recevables à la péridurale déambulatoire. En fonction des caractéristiques de la maternité, de la prise en charge, des moyens, de la pathologie nous pouvons avoir différents schémas de logistique.

Dans un premier temps, l'achat de la télémétrie doit constituer un choix, par rapport aux objectifs des maternités. Compte tenu de l'investissement financier qu'elle représente, la péridurale déambulatoire doit rester un projet prioritaire. Nous avons cependant remarqué que proposer des doses déambulatoires aux parturientes, était tout à fait concevable sans que la télémétrie ne soit un obstacle. En effet, d'après la maternité C, les patientes auraient l'impression d'être plus mobiles et en possession de leur corps avec des doses plus faibles, sans pour autant déambuler hors de leur salle. Cela pourrait éventuellement convenir pour satisfaire les patientes et le personnel, et diminuer peut-être la charge de travail. C'est pourquoi une enquête sur les attentes des professionnels et des couples est nécessaire avant de mettre en place le projet. Elle permet aussi de déterminer les ressources nécessaires au projet. Il serait donc intéressant d'étudier l'organisation dans une maternité qui n'utilise pas la télémétrie.

Ensuite, en fonction du nombre d'accouchements et de la pathologie, la prise en charge peut ne pas être la même. Nous avons observé qu'il était possible de proposer de péridurale déambulatoire aux patientes dans des maternités où la sollicitation du personnel est déjà importante, mais avec quelques réserves. Compte tenu de la charge de travail qu'engendre cette méthode, il est utile d'informer les patientes que la possibilité de déambuler est dépendante non seulement de l'absence de contre-indications mais aussi de la disponibilité du personnel. Ceci peut être procédé par le biais d'une feuille d'information au moment de l'inscription en maternité et rappelé tout au long du suivi de grossesse.

En définitive, les propositions exposées sont un moyen d'atteindre des objectifs fixés au préalable. Ils permettent de s'adapter au personnel, aux patientes et à l'activité de la maternité pour soulager l'implication que génère la mise en place de la péridurale déambulatoire.

CONCLUSION

Par ce travail, nous avons démontré, à l'aide de la revue de la littérature, que la péridurale déambulatoire permettait d'améliorer la satisfaction maternelle et son confort en salle de naissance, mais que peu de maternités la proposaient. Cependant, notre étude a révélé que 34 % des maternités d'Ile-de-France souhaiteraient recourir à cette méthode, mais que sa mise en place suscitait des difficultés.

En effet, la péridurale déambulatoire est une démarche qui nécessite une implication professionnelle et maternelle. Le succès de cette approche se traduit par une équipe et une patientèle motivée et informée, qui multiplie les échanges. Cette attitude permettrait de faire face aux différents freins de la méthode : les investissements financier et humain (la charge de travail).

Cette étude pourrait encore se développer. En effet, de nombreux écrits concernant l'impact de la péridurale déambulatoire sur la mécanique obstétricale, les paramètres anesthésiques et la satisfaction maternelle sont disponibles. Mais l'impact sur l'organisation de la maternité et des équipes est rarement étudié. C'est pour cela qu'il a été choisi d'engager notre étude dans cette direction. Celle-ci a atteint ces objectifs dans le sens où les maternités d'Ile-de-France, ayant pour projet de mettre en place la péridurale déambulatoire, peuvent entre-apercevoir les enjeux logistiques que cela implique.

Cette réflexion nous amène à nous poser davantage de questions : les freins et les leviers seront-ils semblables dans les autres régions de France ? Il serait donc intéressant d'élargir cette étude à l'échelle nationale afin d'étudier davantage de schémas organisationnels. De plus, nous aurions aimé réaliser ce même travail du côté des patientes pour compléter cette étude, et nous conforter dans nos résultats. Il serait, en effet, intéressant de confronter les deux versants, les deux acteurs principaux de la prise en charge de la périnatalité : les couples et le personnel accompagnant.

GLOSSAIRE

AFAR : Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APD : Analgésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

CIANE : Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

EPP : Entretien Prénatal Précoce

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MAPAR : Mise Au Point en Anesthésie et Réanimation

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

PSE : Pousse Seringue Electrique

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCF : Rythme Cardiaque Foetal

RPC : Rachi-Péri Combinée

UNCAM : Union Nationales des caisses d'Assurance Maladie

ANNEXES

Annexe 1 :

Définition de la douleur

La douleur est définie, par l'International Association for the Study of Pain (IASP), comme une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite comme telle. Cette définition englobe les différentes composantes de la douleur :

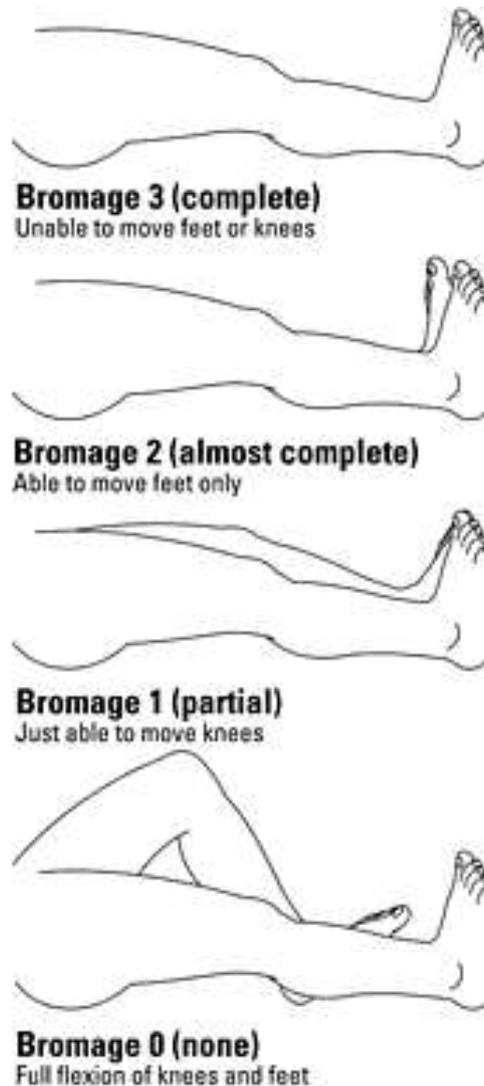
- Sensorielle : elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent de capter la qualité, la durée, l'intensité et la localisation des messages nociceptifs.
- Cognitive : elle correspond à l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse : processus d'attention, d'anticipation et de diversion, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, les phénomènes de mémoire d'expériences douloureuses antérieures personnelles (mémoire épisodique), décisifs sur le comportement à adopter.
- Comportementale : elle correspond à l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal).
- Emotionnelle : elle confère à l'expérience douloureuse sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable.

Annexe 2 :

Evaluation du bloc moteur :

- **Score de Bromage**

Un score de Bromage égal à 0 indique une motricité normale des membres inférieurs.



Source : The Royal Children's Hospital Melbourne

http://www.rch.org.au/anaes/pain_management/Assessment_of_motor_block/

- **Signe du tabouret**

La patiente doit être capable de se relever d'une position assise sans aide ni appui sur le lit ou sur ses genoux.

Annexe 3 :

Evaluation de la proprioception : Signe de Romberg

Le test de Romberg est normal s'il est négatif.

Assessing Romberg's sign

Observe the patient's balance as he stands with his eyes open, feet together, and arms at his sides. Then ask him to close his eyes. Hold your arms out on either side of him to protect him if he sways. If he falls to one side, the result of the Romberg's test is positive.

A line drawing of a male human figure standing in profile, facing left. The figure is standing with feet together and arms at his sides, illustrating the posture for the Romberg test. The drawing is simple and uses black outlines on a white background.

Source : <http://www.worldngayon.com/2012/09/physical-test-health-condition/>

Annexe 4 :

Etape 1 : Etat des lieux concernant l'utilisation de la péridurale déambulatoire (questionnaire en ligne).

Bonjour,

Je m'appelle Caroline Gunia, je suis étudiante sage-femme à l'école de Saint Antoine en dernière année.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur la mise en place de la péridurale déambulatoire. Ce questionnaire s'adresse aux cadres sages-femmes des maternités d'Ile-de-France et ne comprend qu'une seule question.

Je vous remercie d'avance pour votre réponse.

1/ Quel est le nom de votre maternité :

2/ Concernant la péridurale déambulatoire, quel est le statut de votre maternité ?

(Une seule réponse possible)

- A. Nous proposons cette technique à nos patientes/Certains anesthésistes proposent cette technique à nos patientes.
- B. Nous la proposons mais nous ne pratiquons plus cette technique.
- C. Nous ne la proposons pas mais nous souhaitons la mettre en place.
- D. Nous ne la proposons pas et nous ne souhaitons pas la mettre en place.

3/ Si réponse « A ou B », pouvez-vous me communiquer les coordonnées de l'anesthésiste référent de la maternité ou bien de l'anesthésiste qui pratique cette technique ?

(Nom, adresse mail et numéro de téléphone)

Annexe 5 :

Etape 2 : Comprendre pourquoi la péridurale déambulatoire n'est pas davantage utilisée (questionnaire en ligne).

Bonjour,

Merci d'avoir répondu à mon premier questionnaire. J'aimerais maintenant approfondir davantage la question. Le remplissage de ce nouveau questionnaire ne dépassera pas 2 minutes.

Je vous remercie d'avance pour votre réponse.

1/ Quel est le nom de votre maternité :

2/ Quelles sont les raisons pour lesquelles la maternité ne souhaite pas mettre en place la péridurale déambulatoire ?

Annexe 6 :

Etape 3 : La trame d'entretien

Groupe : "Nous proposons cette technique à nos patientes/Certains anesthésistes proposent cette techniques à nous patientes"

Concernant la maternité :

1. Quel a été le nombre d'accouchements en 2013 ?
2. Quel est le niveau de la maternité ?
3. S'agit-il d'un établissement public, privé à but lucratif ou bien privé à but non lucratif ?
4. Quel est le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire dans votre maternité ?
5. Combien le personnel compte d'anesthésistes à la maternité ?
6. Parmi eux, combien pratiquent la péridurale déambulatoire ?
7. Quand a été mis en place la péridurale déambulatoire ?

Hypothèse 1 : L'organisation en amont, financiers et humains constituent un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire.

Management, Dimension organisationnelle, Dimension financière

Objectifs	Questions
Management : <ul style="list-style-type: none">- Gestion- Responsabilités	<ol style="list-style-type: none">1. Comment s'est décidée l'introduction de cette méthode au sein de la maternité ?2. Combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'introduction de la péridurale déambulatoire et la pratique de cette technique ? Qu'est ce qui a été le plus long ?3. Quels étaient vos objectifs en proposant cette méthode ?4. Avez-vous atteint ces objectifs ? Selon vous, pourquoi ?5. Quelles étaient les responsabilités de chacun ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Qui était impliqué dans la mise en place de la péridurale déambulatoire ?</i>- <i>Avez-vous eu de l'aide de personnes</i>

	<p><i>extérieures à l'hôpital ?</i></p> <p>6. Pensez-vous que cela aurait pu être organisé autrement ?</p>
<p>Dimension organisationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des freins organisationnels avant, pendant et après la mise en place de la péridurale déambulatoire. - Identifications des leviers avant, pendant et après la mise en place de la péridurale déambulatoire. - Axes d'amélioration 	<p><u>Avant :</u></p> <p>1. Pouvez-vous m'expliquez les étapes de la mise en place de la péridurale déambulatoire ?</p> <p><u>Pendant :</u></p> <p>2. L'équipe a-t-elle rencontré des difficultés d'un point de vue opérationnel lors de la transition ?</p> <p><u>Après :</u></p> <p>3. Quelle est la différence d'un point de vue opérationnel avec une péridurale classique ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La collaboration avec l'équipe est-elle différente ?</i> - <i>Avec les patientes et les couples ?</i> - <i>Pensez-vous que la péridurale déambulatoire constitue une charge de travail supplémentaire pour le personnel de santé ?</i> - <i>Les dossiers ont dû être modifiés ?</i> <p>4. Que pensez-vous de l'organisation actuelle ? Pensez-vous qu'il y ait encore des choses à améliorer ?</p>
<p>Moyens financiers et humains :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifications des ressources supplémentaires. - Identification des changements les plus coûteux. - Organisation du budget. 	<p>1. Quelles ont été les ressources nécessaires à l'organisation du projet ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Y a-t-il eu besoin de matériel supplémentaire ?</i> - <i>Du personnel supplémentaire a-t-il été embauché ?</i> - <i>Les formations éventuelles ont-elles constitué un budget conséquent ?</i> - <i>Avez-vous utilisé des supports</i>

	<p><i>pédagogiques pour le personnel ainsi que les couples ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Il y a t-il eu un changement de fournisseur concernant le matériel d'anesthésie ? Cela constitue-t-il une conséquence sur le budget ?</i> <p>2. Selon vous, y a-t-il eu un changement conséquent dans le budget depuis la mise en place de la péridurale déambulatoire ? Pour quels paramètres en particulier ?</p> <p>3. Comment ce budget a-t-il été aménagé ?</p>
--	--

Hypothèse 2 : Il est nécessaire de former les personnels médical et paramédical afin de mettre en place cette technique.

Le personnel de santé

Objectifs	Questions
<p>Le personnel de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui a été fait pour le personnel de santé pour intégrer la nouvelle méthode. - Motivation et coopération de l'équipe 	<p>1. Quelle a été l'opinion de l'équipe soignante face à ce changement ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'équipe a-t-elle tout de suite adhéré ?</i> - <i>Quelles étaient les réticences ?</i> - <i>Pour quelle(s) profession(s) en particulier ?</i> <p>2. Qu'est-ce qui a été fait pour informer le personnel de santé lors de la mise en place ?</p> <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Il y a-t-il eu des réunions d'information ?</i> - <i>Des formations ont-elles été proposées ?</i> - <i>Pour qui ?</i> <p>3. Selon vous, combien de temps a-t-il fallu pour que l'équipe soignante s'acclimate à ce changement ?</p> <p>4. Existe-t-il encore des difficultés ?</p> <p>5. Tous les anesthésistes proposent-ils cette méthode à leur patiente ? Si non, pour</p>

	<p>quelles raisons ?</p> <p>6. Avez-vous des propositions pour améliorer l'efficacité de l'équipe soignante ?</p>
--	---

Hypothèse 3 : La parturiente ignore l'existence de cette technique ; il est nécessaire de mettre en place une documentation pour la patiente.

Les patientes

Objectifs	Questions
<p>Les patientes et le couple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les informations données à la patiente. - Coopération des patientes et des couples. - Responsabilité des couples : freins et leviers. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Par quel(s) moyen(s) sont informées les patientes des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>A quel moment de la grossesse ?</i> - <i>Par qui ?</i> - <i>Dans quel contexte ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 2. D'après vous, les patientes sont-elles satisfaites par la façon dont-elles sont informées ? 3. Les couples adhèrent-ils facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Il y a-t-il des freins ?</i> - <i>Les couples respectent-ils leur rôle ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pendant le travail, comment évaluez-vous la coopération entre les couples et le personnel de santé concernant la péridurale déambulatoire ? 5. Pensez-vous qu'il faille davantage informer les couples pendant la grossesse et le travail ? Si oui, comment améliorer la qualité de ces renseignements ?

Conclusion :

- Selon vous, quel(le)s sont les plus grand(e)s biais/difficultés pour mettre en place la péridurale déambulatoire ?
- En vue de votre expérience, pourquoi selon vous cette méthode est si peu utilisée en France ?
- En général, qu'est-ce qui a facilité la mise en place de cette technique ?

Groupe : "Nous la proposons mais nous ne pratiquons plus cette technique"

Concernant la maternité :

1. Quel était le nombre d'accouchements à l'époque de la péridurale déambulatoire ?
2. Quel était le niveau de la maternité ?
3. S'agissait-il d'un établissement public, privé à but lucratif ou bien privé à but non lucratif ?
4. Quel était le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire dans votre maternité ?
5. Combien le personnel comptait d'anesthésistes à la maternité ?
6. Parmi eux, combien pratiquaient la péridurale déambulatoire ?
7. Quand a été mis en place la péridurale déambulatoire ?
8. Quand avez-vous abandonné le projet ?

Hypothèse 1 : L'organisation en amont, financiers et humains constituaient un frein à la mise en place de la péridurale déambulatoire.

Management, Dimension organisationnelle, Dimension financière

Objectifs	Questions
<p>Management :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion - Responsabilités 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comment s'est décidée l'introduction de cette méthode au sein de la maternité ? 2. Combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'introduction de la péridurale déambulatoire et la pratique de cette technique ? Qu'est-ce qui a été le plus long ? 3. Quels étaient vos objectifs en proposant cette méthode ? 4. Aviez-vous atteint ces objectifs ? Selon vous, pourquoi ? 7. Quelles étaient les responsabilités de chacun ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Qui était impliqué dans la mise en place de la péridurale déambulatoire ?</i> - <i>Avez-vous eu de l'aide de personnes extérieures à l'hôpital ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 5. Chacun a-t-il respecté son rôle ? 6. Selon vous, pourquoi ça n'a pas duré ? Pensez-vous que cela aurait pu être

	organisé autrement ?
<p>Dimension organisationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des freins organisationnels avant, pendant et après la mise en place de la péridurale déambulatoire. - Identifications des leviers avant, pendant et après la mise en place de la péridurale déambulatoire. - Axes d'amélioration. 	<p><u>Avant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous m'expliquer les étapes de la mise en place de la péridurale déambulatoire ? <p><u>Pendant :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. L'équipe a-t-elle rencontré des difficultés d'un point de vue opérationnel lors de la transition ? <p><u>Après :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Quelle était la différence d'un point de vue opérationnel avec une péridurale classique ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La collaboration avec l'équipe était-elle différente ?</i> - <i>Avec les patientes et les couples ?</i> - <i>Pensez-vous que la péridurale déambulatoire constituait une charge de travail supplémentaire pour le personnel de santé ?</i> - <i>Les dossiers ont-ils dû être modifiés ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Que pensez-vous de l'organisation lorsque vous proposiez la péridurale déambulatoire ? Avez-vous imaginé des améliorations ?
<p>Moyens financiers et humains :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifications des ressources supplémentaires. - Identification des changements les plus coûteux. - Organisation du budget. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles ont été les ressources nécessaires à l'organisation du projet ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Y a-t-il eu besoin de matériel supplémentaire ?</i> - <i>Du personnel supplémentaire a-t-il été embauché ?</i> - <i>Les formations éventuelles ont-elles constitué un budget conséquent ?</i> - <i>Avez-vous utilisé des supports pédagogiques pour le personnel ainsi que les couples ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Y a-t-il eu un changement de fournisseur concernant le matériel d'anesthésie ? Cela constitue t-il une conséquence sur le budget ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 2. Selon vous, y a-t-il eu un changement conséquent dans le budget depuis la mise en place de la péridurale déambulatoire ? Pour quels paramètres en particulier ? Etait-ce un frein à la mise en place de la technique ? 3. Comment ce budget a-t-il été aménagé ?
--	--

Hypothèse 2 : Il était nécessaire de former les personnels médical et paramédical afin de mettre en place cette technique.

Le personnel de santé

Objectifs	Questions
<p>Le personnel de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui a été fait pour le personnel de santé pour intégrer la nouvelle méthode. - Motivation et coopération de l'équipe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelle a été l'opinion de l'équipe soignante face à ce changement ? <i>Relances :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'équipe a-t-elle tout de suite adhéré ?</i> - <i>Quelles étaient les réticences ?</i> - <i>Pour quelle(s) profession(s) en particuliers ?</i> 2. Qu'est-ce qui a été fait pour informer le personnel de santé lors de la mise en place ? <i>Relances :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Il y a-t-il eu des réunions d'information ?</i> - <i>Des formations ont-elles été proposées ?</i> - <i>Pour qui ?</i> 3. Selon vous, combien a-t-il fallu de temps pour que l'équipe soignante s'acclimate à ce changement ? 4. Tous les anesthésistes proposaient-ils cette méthode à leur patiente ? Si non, pour

	<p>quelles raisons ?</p> <p><i>Relance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Il y a-t-il eu un changement d'équipe qui aurait pu expliquer l'abandon ?</i>
--	---

Hypothèse 3 : La parturiente ignorait l'existence de cette technique ; il était nécessaire de mettre en place une documentation pour la patiente.

Les patientes

Objectifs	Questions
<p>Les patientes et le couple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les informations données à la patiente. - Coopération des patientes et des couples. - Responsabilité des couples : freins et leviers. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Par quel(s) moyen(s) étaient informées les patientes des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>A quel moment de la grossesse ?</i> - <i>Par qui ?</i> - <i>Dans quel contexte ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 2. D'après vous, les patientes étaient-elles satisfaites par la façon dont elles étaient informées ? 3. Les couples adhéraient-ils facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ? <p><i>Relances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Y avait-t-il des freins ?</i> - <i>Les couples respectaient-ils leur rôle ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pensez-vous qu'il aurait fallu davantage informer les couples pendant la grossesse et le travail ? Si oui, comment améliorer la qualité de ces renseignements ?

<p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quel(le)s ont été les plus grand(e)s biais/difficultés pour mettre en place la péridurale déambulatoire ? - Qu'est-ce qui n'a pas marché ? - En général, qu'est-ce qui a facilité la mise en place de cette technique ?
--

Annexe 7 :

Etape 2 : Résultats et tableau d'analyse

Quelles sont les raisons pour lesquelles la maternité ne souhaite pas mettre en place la péridurale déambulatoire ? (Tableau 7).

Maternité n°1	<i>"Ce n'est pas nécessairement la maternité qui ne veut pas, ce sont à la fois les anesthésistes qui ne le souhaitent pas forcément et surtout les conditions techniques qui ne le permettent pas. Dans notre établissement, le monitoring fœtal à distance ne peut pas être réalisé donc pas de surveillance ambulatoire possible."</i>
Maternité n°2	<i>"J'ignore les arguments exacts. L'équipe d'anesthésie est peu intéressée par l'obstétrique. Elle vient seulement de mettre en place l'analgésie diffusée par PCEA pour les parturientes. De plus, il y a peu de demandes de péridurale déambulatoire formulées par notre patientèle. Enfin, cela ne suscite pas d'intérêt de la part de l'équipe obstétricale."</i>
Maternité n°3	<i>"Peu d'espace à proximité des salles d'accouchement et disponibilité des équipes."</i>
Maternité n°4	<i>"BLOCAGE AU NIVEAU DES ANESTHESISTES."</i>
Maternité n°5	<i>"Ceci n'est pas proposé par les anesthésistes (je leur demanderai à l'occasion), et pas de matériel adapté (pas de monito pour déambulation)"</i>
Maternité n°6	<i>"Cela viendra probablement un jour : l'arrivée de nouveaux et jeunes anesthésistes devraient nous permettre d'évoluer dans ce sens."</i>
Maternité n°7	<i>"Pas prioritaire dans les projets 2015 - (certification décembre 2015) Pas d'espace de déambulation - Bloc obstétrical nécessitant des travaux."</i>
Maternité n°8	<i>"Manque d'information Anesthésistes vacataires, non formés"</i>
Maternité n°9	<i>"Notre maternité doit prochainement fusionner avec une autre maternité sur un autre site."</i>
Maternité n°10	<i>"Locaux inadaptés"</i>
Maternité n°11	<i>"Refus des anesthésistes de mettre en place la péridurale déambulatoire"</i>
Maternité n°12	<i>"Pas de matériel"</i>
Maternité n°13	<i>"Nous ne pouvons pas la mettre en place du fait de problèmes architecturaux."</i>
Maternité n°14	<i>"Nous avons le matériel mais nous n'avons pas les anesthésistes qu'il faut."</i>
Maternité n°15	<i>"Nous ne la proposons pas et je ne sais pas si le reste de l'équipe la souhaite mais moi je souhaiterais la mettre en place. Les obstétriciens disent que ce sont les anesthésistes qui ne le souhaitent pas et vis versa."</i>
Maternité n°16	<i>"Les anesthésistes ne veulent pas."</i>

Analyse : Raisons pour lesquelles les maternités ne souhaitent pas mettre en place la péridurale déambulatoire (Tableau 8).

	Réserve de l'équipe d'anesthésie	Réserves de l'équipe d'obstétrique	Locaux inadaptés	Absence de télémétrie	Manque de disponibilité des équipes	Patientèle peu demandeuse	Manque de formation	Manque d'information	Projet non prioritaire
Maternité n°1	×		×	×					
Maternité n°2	×	×				×			×
Maternité n°3			×		×				
Maternité n°4	×								
Maternité n°5	×			×					
Maternité n°6	×						×		
Maternité n°7			×						×
Maternité n°8							×	×	
Maternité n°9									×
Maternité n°10			×						
Maternité n°11	×								
Maternité n°12				×					
Maternité n°13			×						
Maternité n°14	×								
Maternité n°15	×	×							
Maternité n°16	×								
TOTAL	9	2	5	3	1	1	2	1	3

Annexe 8 :

Les entretiens

Maternité A

Anesthésiste 1 (A1)

Anesthésiste 2 (A2)

Concernant la maternité :

Quel a été le nombre d'accouchements en 2013 ?

3100 environ.

Il s'agit d'une maternité de niveau III.

Oui, tout à fait.

Il s'agit d'un établissement public.

Oui, un CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

Quel est le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

On ne peut pas dire qu'elle soit utilisée de façon courante ; il existe un appareil de télémétrie, mais en quatre ans que je suis là, je ne l'ai jamais utilisé. A2 que vous avez vu là [un anesthésiste rencontré avant l'entretien], lui, l'a déjà utilisé mais au cas par cas et essentiellement sur le personnel soignant éventuellement sur une sage-femme qui était demandeuse. Donc, on n'a pas, en fait, de pratique régulière de ce type d'encadrement du travail.

Et combien il y a t-il d'anesthésistes dans cette maternité ?

Alors, il y a une garde en permanence naturellement 24h/24, une IADE en permanence, et au niveau effectif nous sommes... Il est difficile de distinguer ce qui est de la maternité et du bloc. Spécifiquement, en maternité, on est huit à temps plein. Et ceux qui l'ont utilisé, mais pas ici, c'est A7, A2, et moi je l'ai utilisé une fois lors d'une étude, une étude multicentrique.

Et depuis quand pouvez-vous utiliser la péridurale déambulatoire ici ?

On ne peut pas dire qu'elle soit utilisée de façon régulière mais je ne sais pas depuis combien de temps le matériel existe.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière :

Savez-vous comment s'est décidée l'introduction du matériel ?

L'introduction du matériel, je n'en ai pas l'historique, je vais demander à mon collègue.

Depuis plus de 15 ans, en 1999 il y était déjà.

De ce que tu te souviennes, on a jamais décidé de l'utiliser de façon courante?

En 2002-2003, il y avait un congrès à Rennes, on parlait du pour et du contre. C'était une question d'obstétriciens ; il y a ceux qui disaient que ça améliorerait l'activité obstétricale, c'était 50-50. Et finalement ça s'est terminé au Mc Do. Une fois je l'ai utilisé sur une sage-femme, trois, quatre heures après elle était fatiguée, elle s'ennuyait. Elle tournait et tournait et à un moment donné, elle est retournée dans sa chambre. Je pense aussi qu'il faut avoir un endroit. D'accord, merci A2.

Enfin de compte, selon vous quels sont les objectifs de la péridurale déambulatoire ?

L'objectif serait une meilleure satisfaction, avec l'impression aussi d'avoir une meilleure maîtrise de son accouchement, de son analgésie et puis cette motricité qui est considérée, je pense, au fond de l'esprit des femmes comme étant meilleure au niveau de la mécanique obstétricale.

D'ailleurs, j'ai un peu pour preuve : tous les neuf mois, dans les revues qui parlent d'obstétrique, il y a un article sur la péridurale déambulatoire. Cycliquement, ce sujet revient. Ça se comprend, c'est un point d'accroche.

Effectivement, certaines femmes posent la question lorsqu'on les rencontre en consultation d'anesthésie. C'est vrai que ma réponse est que ça n'est pas introduit de façon courante. Probablement, je pense que ce sont les obstétriciens et les sages-femmes qui ne le souhaitent pas. Et si vous les interrogez eux, ils pensent que ce sont les anesthésistes qui ne veulent pas. C'est une sorte de ping-pong. Il faut vraiment une réunion parce qu'en définitive, c'est une grosse charge de travail surajoutée. Dans les maternités de type III, où il y a beaucoup d'accélération, d'urgences, où il y a effectivement du personnel qui est déjà très sollicité autour de la sécurité... ça a difficilement sa place dans ce type de structure.

Quels sont les rôles, les responsabilités de chaque corps d'équipe ?

Pour l'anesthésiste : de pratiquer sa péridurale, de pouvoir vérifier qu'il n'y ait pas de déficit moteur et de pouvoir garantir l'innocuité de la technique sur la déambulation.

Le rôle de la sage-femme, c'est de donner le feu vert pour la déambulation selon ses critères obstétricaux et aussi de pouvoir avoir, en télémétrie, un enregistrement du RCF qui soit satisfaisant. Effectivement, c'est compliqué avec les parasites... La péridurale permet aussi aux femmes de supporter la sangle, parce que pour arriver à bien capter l'enfant, c'est

quand même difficile. Sans péridurale, je pense qu'on n'arriverait pas à ce que les femmes gardent les sangles comme ça.

Personne ne demande à l'autre équipe ce qu'il en pense, parce qu'en définitive chacun trouve un peu son confort dans cette instauration.

La collaboration de l'équipe serait-elle différente si la pratique de la péridurale déambulatoire était plus courante ?

Je pense qu'il faudrait qu'il y ait une communication un peu plus fine sur les stades d'avancée du travail par rapport à l'analgésie telle qu'elle est. Parce qu'effectivement, je pense qu'en fonction de l'avancée du travail, il faudrait qu'il y ait un peu plus de collaboration pour adapter l'analgésie. Je pense qu'on serait forcément un peu plus collaborant.

Il y a une bonne collaboration telle qu'elle est actuellement, mais en fin de compte le déroulement du travail après ne nous appartient plus. L'anesthésie est installée, elle est surveillée par les infirmières anesthésistes.

Et avec les couples ?

Il faudrait une collaboration plus fine, par rapport au ressenti, par rapport à l'absence de bloc moteur et puis aussi par rapport aux sensations.

Il y a-t-il eu des changements dans les dossiers ? Existe-t-il une feuille de surveillance particulière pour la déambulation ?

Non, puisque ce n'est pas de pratique courante.

Pensez-vous qu'il en faudrait une si la technique était plus utilisée ?

Oui.

Pensez-vous qu'il faudrait du personnel supplémentaire ?

Bonne question, oui effectivement. Ici, il va peut-être y avoir une absorption d'une activité d'une clinique, c'est un projet institutionnel. Avec aussi du personnel qui serait doublé. Ce serait peut être une ébauche possible d'une mise en place d'une déambulation sur une maternité qui aurait une activité de niveau I plus importante. Mais il faut qu'il y ait du personnel en plus. C'est ce qui avait mis en défaut la technique il y a une vingtaine d'années, quand on essayait, quand on se disait que d'un point de vue de la mécanique obstétricale, il y avait un bénéfice. Mais en définitive, c'était lourd en personnel, il fallait quasiment une sage-femme par femme.

Des formations pour ce personnel sont-elles nécessaires ?

Oui, il faudrait une formation qui soit un peu plus proche des techniques d'anesthésie pour

qu'il y ait un double regard. Et au même titre, pour les équipes d'anesthésie, être un peu plus proche de l'obstétrique, pour pouvoir donner une alerte, pour pouvoir avoir une vigilance sur l'autre secteur d'activité.

Et puis, il faudrait un questionnaire de satisfaction.

Alors pourquoi cela n'a pas été aussi plus exploité ici... J'ai l'impression que quand les femmes parlent de leur accouchement, elles sont souvent dans un fantasme de l'hyperactivité. Alors qu'en définitive, à proximité du terme, ou lors de leur accouchement les femmes ne sont pas si mobiles que ça, je trouve.

En Ile-de-France, on est nombreux, on a un équipement médical qui fait qu'on peut proposer une péridurale et même qu'on est habitué à fonctionner comme ça. Dans les maternités de type III, on est habitué à faire les choses sous la cadence, on n'a pas beaucoup de temps. L'analgésie n'est presque plus le rôle de la sage-femme. Alors qu'il suffit de faire 100 km, on ne met pas les femmes sous péridurale si facilement. Il n'y a pas de médecins anesthésistes 24h/24, donc ça n'est que pour certaines indications médicales.

Donc vous pensez qu'en province la mise en place de la péridurale déambulatoire serait plus facile ?

Oui, complètement. Je pense, qu'il n'y a pas beaucoup d'endroit où ils la mettent en place à cause de ça aussi.

Aussi, très personnellement, je pense que le cathéter de péridurale a une tendance naturelle à s'en aller. Pour bien déambuler, il faut être sûr de son niveau sensitif, des drogues anesthésiques, qu'elles soient peu concentrées mais on a des protocoles.

Et au niveau du matériel anesthésique, est-ce différent ?

A2 fait des réinjections, en discontinu. On le fait sinon en PCEA. Et de ce que j'avais vu dans les congrès, c'était en PCEA, on mettait des bolus.

Donc, d'un point de vue budget, il n'y a pas de différence ?

Dans une maternité équipée comme celle-ci, non. Par contre, il faut avoir une télémétrie performante, et puis des relais antennes qui soient suffisants pour pouvoir passer les murs et les difficultés géographiques.

Le personnel de santé :

Quel est l'opinion de l'équipe soignante face à la péridurale déambulatoire ?

On n'en parle pas étonnement. C'est une espèce de No Man's Land où en fin de compte on évite de parler de ça. En sachant qu'ici, les sages-femmes sont d'une école obstétricale

forte. Les femmes n'ont pas de péridurale très tôt, on rencontre des femmes qui déambulent sans péridurale. On est appelé, nous anesthésistes, que lorsque la sage-femme décide que le moment est venu. On a des femmes qui ont déjà un travail. Ce qui est différent dans d'autres équipes. On n'a pas de discussion sur ce sujet.

Par conséquent les sages-femmes n'ont pas été informées sur la péridurale déambulatoire ?

Il n'y a pas eu de staff commun d'organisé, du moins depuis quatre ans que je suis là, non.

Des formations ont été proposées pour les anesthésistes ?

Etant donné que de notoriété publique les communications n'avaient pas montrées de bénéfice obstétrical, qu'on ait un seul matériel, qu'il n'y ait pas de pression des usagers, des femmes pour mettre cela en place, on en a pas ressenti le besoin. Effectivement, nous sommes dans des protocoles qui permettent l'anesthésie déambulatoire, s'il y avait une volonté obstétricale, on pourrait satisfaire cette demande.

Et, souvent cette volonté, qui était un peu une curiosité il y a une vingtaine d'année, s'est vite éteinte parce que du moment qu'il n'y avait pas de bénéfice pour les obstétriciens, ils se sont moins intéressés.

Finalement, quelles propositions feriez-vous pour améliorer la collaboration de l'équipe soignante ?

Il faudrait qu'il y ait un projet commun, qu'il y ait une volonté d'atteindre un certain seuil de déambulation, pour avoir un effet vitrine aussi. On a aussi l'impression que c'est un effet marketing. Beaucoup de structures privées proposent la déambulation mais on n'a pas forcément de retour sur si c'est fait. Il faudrait, effectivement, une volonté commune en ce qui concerne la modification de la pratique. Nous, à priori tout est en place. A8 a bien insisté sur le fait qu'en termes de protocole anesthésique, on a tout en place pour que ce soit possible.

Il faudrait que ce soit un objectif national, par exemple. Ou bien, qu'il y ait des usagers qui fassent une demande de projet de naissance, qu'ils soient suffisamment insistants et que l'on recueille ces projets de naissances, qu'émerge cette demande pour que les équipes se penchent ensemble sur celle-ci et la satisfasse.

Les patientes :

Par quels moyens et à quel moment devraient être informés les patientes des différentes techniques d'analgésie proposé par la maternité ?

Je pense qu'il faudrait qu'elles soient informées au moment où elles sont inscrites à la maternité, avec une feuille d'information sur ces possibilités, en actant le fait :

- que ce ne soit pas systématique,
- que si tous les critères semblent réunis et que la disponibilité pour la sécurité soit réunie qu'elle puisse bénéficier de cette technique.

Avec des réserves, parce qu'effectivement, en fonction de la charge de travail en salle de naissance, ça peut ne pas être possible.

Une infirmière anesthésiste qui est là depuis longtemps disait que les femmes s'ennuyaient.

Et plus tard dans la grossesse ?

Oui, au moment des explorations, des derniers rythmes pour ré-assoier, en fonction de l'évolution de la grossesse, de la présentation obstétrical, de tout ce cortège en reparlant à ce moment-là de nouveau.

Et pendant la consultation anesthésie ?

Effectivement. Il faudrait qu'il y ait un lien, une acceptabilité, une navette sur le dossier qui soit autorisée par l'équipe obstétricale pour qu'on puisse aussi en parler ; qu'il y ait effectivement des gens qui soient fichés, admissibles, éligibles à ce type de pratique pour qu'on puisse avoir un regard commun.

Et les patientes pourraient-elles adhérer facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ? Y-a-t-il des freins ?

Non, parce qu'elles sont toujours accompagnées. Il y a toujours un accompagnant quand elles déambulent, même en pré-travail.

Conclusion :

Pour conclure, quel est le principal biais, difficulté pour mettre en place la péridurale déambulatoire ?

La disponibilité du personnel.

Et qu'est ce qui peut faciliter sa mise place ?

Un matériel performant, admis par tous, pour permettre une sécurité obstétricale et un matériel anesthésique sophistiqué.

Maternité B

Anesthésiste 3 (A3)

Anesthésiste 4 (A4)

Concernant la maternité :

Quel a été le nombre d'accouchements en 2013 ?

3180.

Il s'agit d'une maternité de niveau II.

IIa. On est niveau III en mère et niveau IIa en enfant.

Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif.

Oui.

Quel est le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

On arrive quand même à faire du 30 %. Alors en théorie, elles sont toutes en dose déambulatoire, absolument toutes. Après celles qui vont marcher véritablement, c'est de l'ordre de 30-35 %. Je parle avec péridurale parce qu'elles vont toutes marcher avant.

Et combien il y a t-il d'anesthésistes dans cette maternité ?

Alors, il y a cinq temps plein.

Quand a été mis en place la péridurale déambulatoire ?

En 1995.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière :

Comment s'est décidée la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

En fait c'est entièrement lié au désir de la femme. Ca va certainement répondre à son désir, à sa demande. Toutes les femmes auront une dose qui permettra la déambulation, du moins dans la dose de départ et après c'est chaque femme qui va gérer. Et effectivement, c'est aussi en fonction des possibilités ; puisque dès qu'il y a des altérations du rythme, dès qu'il y a une gémellaire... il va y avoir contre-indication à la déambulation.

Combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'introduction de la péridurale déambulatoire et la pratique de cette technique ?

Ca été fait immédiatement. On a démarré en octobre 1995 on a réfléchi du mois de mars au mois d'octobre pour mettre au point un petit peu la possibilité ; au point de vue dose, y réfléchir et puis faire des essais. Après ce qu'il nous manquait c'était la surveillance. Puisque que c'était bien de les faire marcher mais il fallait pouvoir les surveiller. Et donc,

ça c'était venu par un concours de circonstances parce qu'il y a eu un laboratoire qui est venu faire une démo de surveillance à distance de monitoring.

Vous avez eu de l'aide de personnes extérieures à l'hôpital ?

Ils passaient par là en fait, pour montrer ça aux sages-femmes, pour par exemple (à l'époque on n'était pas dans cette structure) pouvoir surveiller des femmes qui étaient sous monitoring à l'étage. Ça n'intéressait pas du tout les sages-femmes. Et l'un de mes collègues qui passait par là en disant que c'était exactement ce qu'il nous faut. Et c'est pour ça que ça a démarré. C'est un peu un concours de circonstances. Et l'administration nous a suivis dans l'achat. Parce qu'après il y a un coût qui est très cher.

Il y avait-il d'autres objectifs que la satisfaction des femmes ?

L'objectif était effectivement pour la satisfaction des femmes. Mais l'objectif était également de se remettre dans des situations beaucoup plus physiologiques pour le travail et diminuer les nombres des forceps et épisiotomies.

Avez-vous atteint ces objectifs ?

Alors la période de 1995 à 2002 a été assez fabuleuse. Elle était très dynamique sur la déambulation, on avait des taux de déambulation dans les alentours de 60 à 70 %. On était dans d'autres locaux, on avait un petit jardin derrière. On avait des choses qui s'y prêtaient. La dynamique des femmes était différente. Elles étaient extrêmement partantes. Et toute l'équipe était effectivement très dynamique par rapport à ça. Les changements de locaux ont amené d'autres contraintes.

Quels sont les rôles, les responsabilités de chaque corps d'équipe ?

On a eu la chance d'avoir des obstétriciens qui étaient totalement partants dans le projet. On a eu la chance quelque part que les sages-femmes y adhèrent après leur avoir expliqué un peu les contraintes et les tests sur les forces motrices. Le protocole était assez simple : la surveillance hémodynamique, en position allongée, assise ou debout, les mouvements de flexion, de stabilité. La mise en place de la télémétrie n'était pas non plus complexe. Et à partir de là, on leur laissait bien sûr la marge de donner leur accord ou pas sur la déambulation en fonction de l'état obstétrical, de la situation. Et donc elles étaient partantes. C'est une condition qui est fondamentale parce que s'il y a des sages-femmes qui sont réticentes, quelle que soit la raison, ça va compliquer les choses. Et là vous allez avoir un taux d'échec important.

Le personnel de santé :

Pourquoi il y a-t-il eu des réticences ?

Les réticences étaient parce que ça complique un peu les choses. Il faut une disponibilité et un dynamisme dans l'équipe pour le faire. Et si la charge de travail est un tant soit peu lourde, si vous avez beaucoup de gens en formation, ça va vous rajouter en pénibilité et ça va être plus compliqué.

C'est surtout pour les sages-femmes. Même si nous les anesthésistes on est présents, la charge de travail ça va être pour elles ; de s'assurer que les systèmes télémétrique marche très bien puisque s'il faut replacer les capteurs très fréquemment ça va être effectivement un handicap.

Qu'est-ce qui a été fait pour informer le personnel de santé lors de la mise en place ?

Alors à l'époque, l'équipe n'était pas très grande équipe, donc c'était assez facile. Et puis nous on faisait tellement de gardes sur place qu'on était tout le temps avec elles. Ça a été des réunions, des informations sur le terrain et puis c'est parti comme ça. C'était après écrire le protocole pour que ce soit clair dans la conduite à tenir et puis voilà.

Il y a-t-il eu des formations ?

On a fait ça sur le terrain.

Selon vous, combien de temps a-t-il fallu pour que l'équipe soignante s'acclimate à ce changement ?

Il n'a pas fallu beaucoup de temps, parce que l'équipe de l'époque était complètement dans ce mouvement là et complètement demandeur et a adhéré à ça. On était complètement dans la mouvance de l'accouchement sans douleur, la méthode Leboyé. Donc ça allait tout à fait dans ce sens-là, et tout le monde portait le projet.

Existe-il encore des difficultés ?

Oui, bien sûr qu'il y a des difficultés. Il faut une équipe motivée, c'est fondamental. Il faut du matériel qui soit fiable et solide. Et après, il faut des anesthésistes qui soient évidemment partant pour la déambulation parce qu'il y a certaines contraintes : il n'y a pas de dose test, il n'y a pas de chose comme ça. Donc, il faut que vous ayez l'adhésion des anesthésistes.

C'est un vrai projet de service la déambulation. Si vous avez un maillon manquant, ça flanche. Si vous avez un des chainons manquant, ça ne marche pas. Après, il faut examiner les motivations de chaque partie prenante : les anesthésistes pourquoi, les sages-femmes

pourquoi, la patiente aussi, il faut l'inclure là-dedans aussi parce que de ce point de vue-là, il y a un sacré changement.

Les patientes des années 2000, ce ne sont pas les patientes actuelles, ce n'est pas l'image d'une femme. Et puis l'environnement pareil. Le super environnement qu'ils avaient avant ça facilitait la déambulation. Et oui la charge de travail, ça, ça joue aussi énormément. Et après c'est vraiment une concertation. A partir du moment où tout roule, c'est naturel.

Il faut des équipes qui se connaissent, des équipes qui travaillent en harmonie. Il faut que chacun joue son rôle. On a une sage-femme, il n'y a pas longtemps, qui nous a fait une déambulation, c'est un rêve quoi. On retrouvait l'ambiance des années 2000. C'est à dire qu'elle était complètement partante, elle adhéraait complètement au projet. Ça se présentait bien obstétriquement, elle a marché tout le temps, elle s'est posée pour accoucher. Et, elle est repartie dans sa chambre en marchant, elle était repartie rhabillée et tout. Et ça, ça été vraiment l'idéal de la déambulation. Et là peut être ça change les choses. C'est à dire que la femme se lève, la femme est plus malade, et ça aussi ça a été l'un des objectifs, on est pas mal dans la physiologie. On se sort de la position allongée, "je suis malade".

Nous, on leur dit à chaque fois en consultation dès qu'on les voit : "la péridurale n'est pas là pour vous faire subir les évènements, c'est vous qui accouchez, n'attendez pas tout de nous, c'est vous qui êtes ici". Il y a beaucoup de choses qui ont changé en fait.

Les femmes sont beaucoup plus dans l'attente, il faut que ce soit immédiat, elles sont beaucoup moins prêtes, il y a quelque chose à travailler dans la préparation. Et puis, le vécu de l'accouchement, on veut que ce soit immédiat, on veut continuer à vivre sa vie autrement, pour être sur son téléphone, ou sur son ordinateur et pas du tout dans la démarche de la physiologie de l'accouchement, de marcher, de l'accueil de l'enfant, d'avoir réfléchi à ça. On note vraiment un changement dans les mentalités. C'est vrai que ça, ça peut être un handicap pour installer ou mettre en place une déambulation. Parce que si elle n'est pas très motivée la patiente, ça va conduire l'équipe à ce qu'on ne le fasse pas. **Parce que c'est du travail en plus quand même.** La sage-femme ne va pas pousser la déambulation, et c'est très facile. **A la limite la patiente qui reste tranquille avec un monitoring qui bouge pas ...**

Nous ce que l'on voit, c'est en consultation, elles sont hyper motivées pour marcher, ça leur plaît beaucoup. Et, dès qu'on les a en salle de naissance, c'est fini. On arrive de temps en temps à leur faire faire du ballon, des choses comme ça, et aller bouger un peu. Et quand on arrive vraiment à les mettre en mouvement, elles sont contentes. Mais il y a cette espèce

de fossé à franchir, et là si vous n'avez pas une équipe est motivée... Le passage en salle de naissance est vraiment le moment crucial.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière

Les dossiers ont-ils dû être modifiés pour la surveillance ?

Pas du tout. Il y a juste à marquer : déambulation oui, non. La durée éventuellement pour avoir une idée de ce qui se fait. C'est tout.

J'étais de garde il y deux jours, j'ai encore observé l'effet magnifique qu'a la déambulation sur la mécanique obstétricale. Des cols qui passent de trois à huit ! Que je rapplique vite dans la chambre pour faire un bolus supplémentaire parce que là c'est bon ! C'est extraordinaire ! Le mouvement a quelque chose d'exceptionnel, on remet quelque chose en route, on remet un processus naturel en route, on remet aussi le patient en connexion avec les acquis trans-générationnels. Et surtout, on leur permet de se réapproprier leur corps. Mais on a l'impression qu'il y a beaucoup de personnes qui ont peur de ça.

Et puis, on a une certaine proportion de femmes chez nous qui dès qu'elles sont en salle de naissance : "que ce soit vite passé, débarrassé". Qui ne sont pas dans la démarche de dire : "je vais voir ce que je peux faire". "Je n'ai pas envie, j'ai envie d'être un peu spectatrice et puis vous le sortez et vous le mettez là" "qu'on s'occupe de moi" "je suis fatiguée". Ça se comprend à 3h du matin mais à 4h de l'après-midi c'est un peu plus dommage.

Plus vous allez augmenter en accouchements, plus on va augmenter la pathologie, plus ça va mettre un handicap parce que vous allez avoir à gérer tout le monde, toutes les équipes, de la pathologie, de la complexité. Et en plus, vous allez vouloir faire du physiologique à côté, il va falloir une sacrée dynamique pour arriver à tenir dans la durée. Je crois que c'est un critère extrêmement limitant appartenant à la patiente. Non seulement la motivation certes, mais aussi les pathologies associées, qui forment induisent des pathologies obstétricales et du coup le monitoring...

C'est vraiment très intriqué, c'est tout le monde.

D'un point de vue budget, quelles sont les ressources nécessaires au projet ?

C'est cher, c'est très cher. La télémétrie est très chère, le reste non. Le coût c'est la télémétrie et le câblage. Monitoring, machines : 100 000 euros. Et il faut rajouter le câble parce que quand nous on a refait, le câblage était déjà installé. C'est un énorme budget ! C'est là où on a eu de la chance, c'est qu'ils nous suivent à l'époque. C'est un gros gros budget !

Du personnel supplémentaire a été embauché ?

Non. Ce serait idéal.

Il ne faut pas nier la pénibilité de la charge de travail.

C'est du boulot en plus. Au final il y a du plaisir en plus pour la patiente et de la satisfaction pour le personnel mais c'est un investissement, un engagement.

Moi je suis contente quand on peut le faire ici.

Les patientes

Par quel(s) moyen(s) étaient informées les patientes des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ?

Elles le savent déjà. Il y a le bouche à oreille qui fonctionne bien parce que ça fait un bout de temps qu'on le fait. Il y a le cours d'information qu'on fait tous les mois sur la péridurale, qui est fait par l'un d'entre nous.

Même en amont de ça, elles sont déjà au courant, parce qu'il y a le bouche à oreille. Après il y a le site internet. Il y a les gynécologues qui en parlent lors de leurs consultations. Les sages-femmes, en préparation. Beaucoup de nos sages-femmes libérales sont passées par ici. C'est vrai que nous on n'intervient pas mais on peut néanmoins leur en parler, on en rajoute une couche. Si elles nous posent la question, on leur dit qu'on est sur des doses déambulatoires. Sans en faire un énorme chapitre.

Sachant que le gros "reminder" c'est quand elles passent en consultation d'anesthésie. Parce qu'elles ont la consultation d'anesthésie et la possibilité d'avoir une réunion d'information en plus.

Et elles ont, de toute façon, un document écrit.

A quel moment ce document est-il donné ?

Ce document est envoyé quand elles s'inscrivent à la consultation d'anesthésie. La secrétaire leur envoie à domicile un document dans lequel il y a tout notre historique, et d'autres documents. Mais dans ce document, il y a tout un historique, une explication sur la péridurale, la déambulation etcetera.

D'après vous, les patientes étaient-elles satisfaites par la façon dont elles étaient informées ?

Oui, quand on leur demande en général si elles ont les informations nécessaires, elles sont quand même ... Moi je leur demande quasiment tout le temps en consultation.

Ce n'est jamais une question qui revient, c'est très rare. Elles ont déjà compris le mécanisme. En consultation elles la veulent, une fois qu'elles sont là (en salle de naissance) ce ne sont plus les mêmes personnes.

Les couples adhéraient-ils facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

Oui, il faut qu'il y ait toujours un adulte qui les accompagne quand elles marchent. Quoique ça nous est arrivé, c'est exceptionnel, une dame qui marchait de long en large et participait avec nous, elles plaisaient mais elle était juste sous nos yeux. Il faut qu'il y ait un adulte qui les accompagne. Ce n'est absolument pas un problème. Parce qu'à la limite quand le conjoint va s'alimenter, s'absenter, elles en profitent, elles se reposent.

Pendant le travail, comment évaluez-vous la coopération entre les couples et le personnel de santé concernant la péridurale déambulatoire ?

Il y a une interférence et des échanges. Et là aussi je pense que ça vient aussi de la nature même de la personne qui déambule. C'est une démarche, on voit il y a une démarche. Et, c'est forcément déjà des gens qui ont cherché l'interaction avec le corps soignant. Ce n'est pas la patiente qui se liquéfie sur son lit et qui se laisse complètement ... et puis qui pique pas mot ... C'est vraiment autre chose. On est dans des gens qui sont pro-actifs.

La dynamique doit venir de tout le monde. Vous pouvez avoir une équipe super dynamique, motivée côté soignant et des patientes qui ne le sont pas... ça ne marche pas.

On peut faire un dessin pour montrer tous les intervenants, parce que chacun a vraiment son rôle à jouer. C'est ce qui est très bien parce que quand ça marche, c'est exceptionnel.

Les femmes qui marchent sont vraiment contentes, et puis vous avez toutes les variantes. Une, j'ai toujours regretté de ne pas l'avoir prise en photo, elle marchait puis un moment elle avait pris un ballon puis s'était mise au fond près de la vitre. Et, elle était avec son ballon, puis elle devait écouter de la musique puisqu'elle se balançait avec son ballon. C'était super sympa !

Et après le conjoint, ça lui donne un autre rôle, une autre dynamique.

Conclusion :

Selon vous, quel(le)s sont les plus grand(e)s biais/difficultés pour mettre en place la péridurale déambulatoire ?

L'interaction de l'équipe.

Et en vue de votre expérience, pourquoi selon vous cette méthode est si peu utilisée en France ?

Parce que c'est contraignant. C'est cher.

Le budget va être un énorme écueil. Et c'est un réel effort pour l'équipe. *Ca ne sera pas une priorité, je ne pense pas.*

Ca nécessite, je pense, une équipe qui se connaisse bien, qui roule bien pour atténuer un peu la pénibilité de la mise en place. C'est un réel ... On parlait de dynamique, mais dans cette dynamique on grimpe vraiment la montagne. Donc, il faut qu'on y aille tous.

On a vraiment l'impression que le paysage obstétrical de la naissance va de plus en plus se fragmenter entre les maisons de naissances où on est vraiment archi archi physio ou carrément celles qui accouchent à la maison (nous on est entre les deux en fait) et de l'autre côté ces grands pôles qui sont en train de se construire (5000 accouchements par an). Et puis il y a encore cet intermédiaire, nous, où on est quand même au centre mais qui a gardé des habitudes anciennes, un historique. On a de moins en moins de maternités dans notre créneau en fait. Elles vont choisir : soit elle est vraiment dans un gros truc, soit elle est physio. Les petites maternités, il y en a de moins en moins de toute façon. Ça ne va plus exister, elles en veulent plus

C'est cette complexité, la dualité entre la pathologie maternelle ou fœtale complexe à gérer et puis de l'autre côté la physio, le confort, la déambulation, le bien être. On est sans arrêt dans de la schizophrénie. C'est cette gymnastique-là, qui est très fatigante. Parce que vous avez d'un côté des choses complexes, très complexes à gérer. Et puis de l'autre côté, vous avez des patientes qui sont dans le physio. Là du coup c'est le fonctionnement idéal d'arriver aux deux. *Mais les hôpitaux mettent la priorité sur la pathologie. Et nous aussi d'ailleurs, quand on a des patientes qui vont pas bien. On a des maternités de niveau III où (c'est sûr) la femme qui va pas bien, on ne va pas la faire déambuler. On va être axé sur le point de vue médical. Mais on essaie de booster celles qui sont physio.*

Pour quelqu'un qui veut démarrer, il faut pouvoir laisser à l'équipe la tranquillité d'esprit de pouvoir le faire. Sinon ça va être du très ponctuel, ça va être un investissement trop lourd. C'est dommage.

Même si elles ne marchent pas, vous pouvez explorer plein de postures. On peut faire énormément de choses. Les femmes qui n'ont peut-être pas envie d'être dans le couloir, elles peuvent être sur le ballon. Car là on garde la liberté totale de mobilisation.

L'investissement est important : financier et humain. Et en plus, il faut durer. La première étape c'est dans la durée, c'est le deuxième écueil. Parce que les équipes changent, parce qu'il y a certaines choses qui changent... et là, on a tendance à baisser un petit peu les coûts.

Et c'est pour ça qu'on avait proposé une reformation de Gasquet. Comment on arrive à remotiver les équipes : c'est faire des formations continues. La formation continue permet d'éviter cet écueil-là.

Maternité C

Anesthésiste 5 (A5)

Anesthésiste 6 (A6)

Concernant la maternité :

Quel a été le nombre d'accouchements en 2013 ?

3000.

Il s'agit d'une maternité de niveau I.

Oui.

Il s'agit d'un établissement privé.

Privé, PSPH (Participant au Service Public Hospitalier). Cela s'appelle ESPIC maintenant (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).

Quel est le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

Bonne question, je dirais 20 %, il y en a quand même pas mal, on verra quand ma collègue sera là, si elle est d'accord avec moi. En fait, elles vont peut-être par moment se lever, pour aller aux toilettes puis revenir et c'est tout. Mais elles peuvent toutes déambuler si elles veulent ; au moins se mettre debout, changer de position ... Mais celles qui se lèvent vraiment, on va dire 20 %, celles qui marchent et déambulent vraiment.

J'aurais dit plus. Elles ne vont pas déambuler pendant tout le travail, mais je pense qu'il y en a beaucoup plus que 20 %.

Et combien il y a t-il d'anesthésistes dans cette maternité ?

En équivalent temps plein, 5,8

Quand a été mis la péridurale déambulatoire ici ?

La télémétrie, comme on a la possibilité d'être dans la baignoire... Quand il y a des accouchements dans l'eau, ils utilisent la télémétrie, du coup le matériel existait déjà. Maintenant, on a que deux ou trois monitoring de télémétrie, si jamais elles ne l'ont pas, à ce moment-là elles peuvent quand même se mettre debout.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière :

Comment s'est décidée l'introduction de la méthode au sein de la maternité ?

Ça s'est mis en place de façon insidieuse, en fait. Parce qu'ici aux Bluets, même avant, il y plus de 20 ans, les anesthésistes qui étaient là, ils essayaient déjà avec la bupivacaïne de diluer pour faire une analgésie et ne pas faire du tout d'anesthésie. Donc c'était déjà une

volonté que les femmes ne soient pas trop mal. Donc de fait, elles pouvaient bouger, se mobiliser. Après, il y a la naropeïne qui est arrivée en 1997, qui a permis de faire des bolus d'anesthésie péridurale sans faire plein de dilution, sans qu'il y ait de bloc moteur, donc cela a favorisé. On n'a pas décidé du jour au lendemain de faire ça. C'est vrai qu'ici on a des femmes à [?], on n'a pas beaucoup de pathologies. Sachant qu'ici, on travaille beaucoup sur les postures aussi, il y a eu toute une période Bernadette de Gasquet, qui bossait avant aux Bluets, qui a fait toutes les positions d'accouchement etcetera. Oui, je me souviens [à l'ancienne maternité C], on faisait encore des formations et tout ça. Du coup, la demande de mobilité est permanente. Et puis, c'était aussi une résistance des anciennes sages-femmes. Elles trouvaient que les femmes accouchaient moins bien, poussaient moins bien avec la péridurale. Du coup, c'était aussi une résistance, il y en avait beaucoup qui évitait que les femmes aient des péridurales justement pour qu'elles puissent se mobiliser puisqu'elles se mobilisaient déjà, c'était une maternité déjà où les femmes pouvaient bouger. Du coup, c'est peut-être pour ça aussi que cela nous a poussé à leur dire que la péridurale ne changeait rien, ce qui a facilité un peu notre recherche.

Les sages-femmes étaient demandeuses d'une péridurale déambulatoire ?

Non, elles étaient contre la péridurale sous prétexte que sous péridurale elles ne se bougeaient pas, qu'elles poussaient moins bien, qu'elles avaient plus de forceps, d'épisiotomies... Donc, nous on leur a expliqué que non. Le bénéfice c'était ça : essayer que des femmes aient quand même la péridurale, qu'il n'y ait pas cette résistance des anciennes sages-femmes. On a quand même bataillé un peu pour mettre en place la péridurale déambulatoire. On a prôné d'emblée : sensations mais pas de douleur et de bloc moteur. Parce que les femmes nous demandaient elles-mêmes en venant [à la maternité C] elles voulaient sentir. Donc leur démarche s'était quand même : "je veux sentir, je veux pousser, je veux bouger, ne pas être engourdi".

Donc, c'était à la fois une demande des femmes, mais aussi pour éviter qu'il y ait des résistances à la péridurale de la part des sages-femmes.

Pensez-vous, du coup, que le type de patientèle joue ?

Oui, l'attente des patiente n'est pas la même.

Et, le type de maternité ?

Je pense que c'est surtout le fait que les patientes aient envie de bouger et que les sages-femmes proposent de bouger. Parce que le problème, c'est que si on met une dame sur un

lit, elle n'a pas envie de bouger, si on lui dit ; "de toute façon vous êtes avec le scope, l'oxymètre, le tensiomètre, vous n'avez pas le droit de bouger, de vous asseoir etcetera..."

Si, je pense que le niveau, par exemple les maternités où il y a beaucoup de pathologies cardiaques, c'est plus compliqué, mais maintenant il y a aussi de la télémétrie aussi pour le scope.

Il faut des patientes bien portantes sans pathologie, je pense que c'est un élément favorable.

Quels sont les rôles et les responsabilités de chacun ?

Le rôle de chacun n'est pas différent. Il n'y a aucune différence qu'elle soit déambulatoire ou pas. Nous, on n'a pas encore le système de pompe, même si on l'avait, cela ne changerait rien. Nous on pose la péridurale, on fait la première dose. Les sages-femmes, quand elles veulent faire lever la patiente, elles essaient juste qu'elles tiennent bien sur leurs genoux. Et puis, si jamais il n'y a pas de souci, voilà... Au niveau des réinjections, nous on fait par bolus, donc quand il y a besoin, la sage-femme réinjecte, la femme reste allongée le temps que la dose soit faite. Là, on va bientôt avoir des pompes où elles vont s'auto-injectées, ça ne va rien changer.

Il y a une équipe de Caen qui est venue nous voir, elle pensait que s'était quelque chose de très compliqué. Elle s'est rendu compte qu'elle pouvait tout à fait le mettre en place sans changer quoi que ce soit. Il n'avait pas de télémétrie, mais le fait que dans une salle de travail, une femme puisse se bouger, c'est déjà énorme plutôt que de rester 15 heures allongée.

Pensez-vous que ce soit une charge de travail supplémentaire pour le personnel de santé ?

Non.

Les dossiers ont-ils dû être modifiés pour la surveillance ?

Non, parce que, comme les femmes même sans péridurale se bougent, donc du coup ça change rien au final.

Concernant les ressources nécessaires, il y a t-il eu besoin de formations pour le personnel de santé, des supports... ?

Dans notre équipe, non. Il y a juste eu cette équipe de Caen qui est venue nous voir pour savoir comment ça se passait, mais finalement ils sont restés une journée. Non, je ne sais pas s'il y a besoin d'être formé finalement. Après cela dépend aussi de la maternité, je me souviens qu'à [la maternité A], ils avaient fait un congrès et ils demandaient qui mettait un scope, dynamap tout au long de l'accouchement pour les femmes, qui étaient sous

péridurale. Et ils étaient étonnés du nombre d'anesthésistes qui scopait. Ils disaient : « Mais attendez, c'est une analgésie, les gens qui sont dans les étages juste pour une post-op de chirurgie, ils ne sont pas scopés en permanence. Il n'y a pas de raison de faire ça en permanence. »

Selon vous, il y a-t-il eu un changement conséquent dans le budget depuis la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

Non, il n'y a pas de budget. La télémétrie on l'avait déjà avant, avec la baignoire. Nous, on n'a pas demandé de budget.

Mais c'est que sur le plan budget si on veut mettre toutes les patientes en déambulatoire, il faudrait mettre de la télémétrie partout.

Mais, elles se mettent quand même debout avec leurs sangles quand elles restent dans la pièce.

Mais, si on veut les faire balader en fonction de la géographie des lieux, elles sont obligées d'avoir la télémétrie.

Mais nous, on avait un petit jardin en bas mais finalement elles ne sont jamais descendu en bas, y'en a qui se baladent dans le couloir, elles tournent...

L'aménagement compte ?

S'il n'y a pas d'espace de déambulation, tout dépend du service. Parce qu'un service avec un jardin intérieur ou un salon attenant, où elles peuvent aller se balader, à ce moment-là, on a besoin de plus de télémétrie.

C'est vrai que nous, le monitoring central a été mis pour d'autres raisons. Cela dépend quand même de ton investissement. Avant de mettre un monitoring central, on faisait quand même déambuler les femmes donc ça voulait dire que la sage-femme allait voir dans la pièce ou dans le couloir autour ce qu'il se passait. C'est surtout que les femmes ne sont pas tellement demandeuses d'aller forcément loin, c'est juste qu'elles ont envie de bouger.

Si tu as un espace plus large, agréable, un salon où elles peuvent rester avec le papa, déambuler... On peut imaginer qu'elles vont aller plus loin, mais nous on a pas d'espace. Je pense qu'elles préfèrent être toutes seules, avec leur mari. On a quand même des salles de travail assez agréables et plutôt sympas. A 3000 accouchements, on a huit salles, si jamais les huit étaient déambulatoires, elles préféreraient être seules que de se retrouver dans un salon à huit avec les conjoints. Je pense que ce qui est bien, c'est qu'elle puisse bouger, se dégourdir, comme elles font quand elles n'ont pas de péridurale... Faire du ballon, s'asseoir dans un fauteuil, se mettre à quatre pattes... C'est juste une mentalité des anesthésistes de se

dire que quand on a un accouchement sous péridurale, on a un accouchement, le plus proche de la physiologie. Et, que la péridurale ne doit pas modifier, entraver l'obstétrique, la mécanique et la mobilité des femmes.

Elles font les accouchements sur le côté, accroupis avec la péridurale, à quatre pattes, et parfois suspendus. La péridurale ne doit pas gêner ça, ce n'est pas un problème. Quand on réinjecte, on allonge les dames, mais une fois qu'elles sont stabilisées (20 minutes/une demi-heure), elles peuvent se remettre à quatre pattes. C'est vrai qu'il ne faut pas réinjecter avec la tête en bas. Quand on les retrouve des fois à quatre pattes ou autre, on ne va pas injecter comme ça, mais une fois que la dose est stabilisée et qu'elle est soulagée puisque c'est des bolus, elles peuvent se mettre comme elles veulent.

C'est essayer de se dire qu'on doit être le plus proche de la physiologie, pour pas que la péridurale entrave tout ça.

Le personnel de santé :

Nous avons déjà un peu abordé ce sujet, mais maintenant, quel est l'opinion de l'équipe face à cette technique ?

Il n'y a pas eu de réticence. C'est peut-être aussi l'histoire des Bluets, comme ça a toujours été un endroit où il fallait absolument que les femmes soient en possession de leur accouchement, soient actrices de leur accouchement donc ça a facilité. C'est vrai que de temps en temps, quand on a des nouveaux collègues qui arrivent, et qui voient une femme déambuler alors qu'ils viennent de poser une péridurale, ils se disent : "mais pourquoi ?". Mais du coup ils voient que ça se passe bien, donc voilà.

La coopération avec l'équipe est-elle différente ?

Peut-être, mais un peu moins maintenant parce qu'il y a beaucoup de sages-femmes qui sont parties à la retraite, maintenant on a beaucoup de jeunes sages-femmes qui viennent d'écoles de CHU où elles ont vu beaucoup d'accouchement sous péridurale. Et finalement, de voir que les femmes peuvent se bouger, elles trouvent ça plutôt bien.

Existe-t-il encore des difficultés aujourd'hui ?

Non.

Les patientes :

Par quel(s) moyen(s) sont informées les patientes des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ?

Nous, on fait une réunion d'information péridurale où elles ne viennent pas toutes, mais on

fait une réunion spécifique "info péridurale" qui est animée par un anesthésiste ; et là on leur en parle. Elles demandent, elles, en consultation d'anesthésie si jamais ce sera possible. Et puis, il y a aussi des ateliers de préparation animés par les sages-femmes. Et aux entretiens aussi, les sages-femmes en parlent, aux ateliers de préparation à la naissance.

Les patientes sont-elles déjà au courant qu'une telle technique existe ?

Beaucoup. Il y en a encore en consultation qui ne veulent pas de péridurale parce qu'elle veulent sentir. Et, nous on leur dit : "vous allez sentir, vous allez même pouvoir marcher"

Ou, à la réunion qu'on fait qui est plutôt vers le septième mois, à l'information sur la péridurale, y'en a beaucoup qui par exemple ont accouché ailleurs et qui auraient dit : "moi je n'aurais jamais pu bouger".

On leur dit : "Si, vous pouvez".

Donc il y a encore des femmes qui ne sont pas informées, c'est possible.

D'après vous, les patientes sont-elles satisfaites par la façon dont-elles sont informées ?

Oui.

Donc pour beaucoup, la péridurale n'est plus un frein, parce qu'elle pensait qu'elles seraient scotchées sur un lit, et que ça les obligerait à accoucher forcement en position en gynécologique. Mais non, donc c'est super.

Les femmes adhèrent-elles facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

Souvent, leur mari est là.

Et pendant le travail, comment évaluer vous la coopération entre les couples et le personnel de santé par rapport à une péridurale classique ? Est-ce différent ?

Il faudrait demander aux sages-femmes. Je ne pense pas. Je pense que c'est la même chose que pour une femme qui accoucherait sans péridurale. Je pense que c'est la femme qui se sent moins médicalisée.

Pensez-vous qu'il faille d'avantage informer les femmes en France sur les différentes techniques d'analgésie ?

Dire que cela est possible ? Non. Dans les congrès d'anesthésie obstétricale, ça se fait.

Il y a encore des maternités où ils font des doses où les femmes sont plombées. Je pense qu'avant de passer à la déambulatoire, il faut dire qu'on peut faire des doses analgésiantes, et non anesthésiantes. Mais il faut que les femmes soient aussi préparées à avoir des

sensations. C'est vrai qu'ici, on a peut-être aussi une population assez particulière. Il y a beaucoup d'endroit aussi où on se dit : " la femme a une bonne dose ... et on en reparle pas ...". C'est horrible ce que je dis mais ...

Je ne pense pas que ce soient les sages-femmes qui aient plus de freins à ça, je pense que c'est au niveau des anesthésistes. C'est sûr qu'une péridurale bien forte, on est sûr qu'elle fonctionne et on en reparlera plus, parce que ça fonctionne pas trop.

Je pense que c'est effectivement une contrainte de plus, alors est-ce que c'est côté anesthésiste, ou est-ce que c'est côté sage-femme... Maintenant vous avez aussi des sages-femmes qui n'ont pas envie que les femmes accouchent autrement que sur le dos. Donc si déjà on arrivait à ce que les femmes n'accouchent pas systématiquement en position gynécologique, ce serait à mon avis un progrès plus important que de les faire déambuler. Après, la suite viendra. Ça commence à faire un peu boule de neige ... ça commence à changer.

Si on arrive à faire en sorte qu'un accouchement sous péridurale soit le plus proche d'un accouchement physiologique...

Mais, ça veut dire qu'on change aussi. Les anesthésistes ont pris beaucoup de place dans les salles de naissance ces dernières années.

Conclusion :

Pour conclure, quel est le principal biais, difficulté pour mettre en place la péridurale déambulatoire ?

Ce n'est pas une difficulté, mais il y a beaucoup de femmes qui en parlent en consultation d'anesthésie, puis finalement il y en a très peu qui se bougent. Mais, souvent on pose des péridurales à la demande des femmes, pas forcément en tout début de travail. Souvent, leur projet c'est d'essayer. Donc, on les pose, nous, vers cinq ou six centimètres de dilatation. Et du coup, comme elles sont un peu fatiguées, elles en profitent, alors qu'elles pourraient marcher. Et finalement, elles en profitent pour se reposer, elles ne vont pas forcément déambuler autant qu'elles le voulaient.

Je pense que la plus grande difficulté, c'est le nombre d'accouchements et la charge en salle de travail quand même. Nous, les toilettes sont au bout du couloir, du coup elles peuvent aller uriner aussi, c'est plus facile que d'être sur un bassin. Elles n'ont jamais fait de malaise vraiment mais, il faut savoir où elles sont, si jamais elles passent à dilatation complète... C'est la difficulté en salle de naissance. C'est comme partout. Nous on a connu

1900 naissances il y a sept ans, maintenant on a 3000. On essaie de toujours donner la même offre de soins mais c'est hyper compliqué parce qu'on ne peut pas faire pareil. On essaie mais c'est compliqué.

Faudrait-il du personnel supplémentaire ?

Non, il faudrait du personnel supplémentaire pour le nombre d'accouchements. Je pense que le vécu des femmes est bien, je pense que pour la dynamique obstétricale c'est bien.

En vue de votre expérience, pourquoi selon vous cette méthode est si peu utilisée en France ?

Parce qu'en France, je pense qu'on est encore dans l'idée qu'il faut accoucher allongée en position gynécologique. "C'est comme ça, et pas autrement". Je me souviens d'une formation avec Bernadette de Gasquet, il y a 15-17 ans. Il y a avait peu d'endroit où on faisait accoucher les femmes sur le côté.

Nous, il y en avait plus avant, des anciennes générations de maintenant. Je pense que dans les écoles de sage-femme, dans les études de sage-femme on pourrait former.

Maternité D

Anesthésiste 7 (A7)

Concernant la maternité :

Quel était le nombre d'accouchements à Poissy lorsque vous pratiquiez la péridurale déambulatoire ?

A l'époque, la maternité n'était pas fusionnée. Ça devait être 2500.

Il s'agissait d'une maternité de niveau III.

Oui

Il s'agit d'un établissement public.

Oui.

Quel était le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

Ambulatoire ? Ce n'était pas beaucoup. Je dirais moins de 10 %, même pas. 5% peut être.

Les patientes avaient-elles toute une dose déambulatoire ?

Elles avaient le même protocole de PCEA, je suis quasiment sûre. Quand on a fait ça, on faisait de la rachianalgésie de début de travail. Parallèlement, on a aussi dans les mêmes périodes (tout ça c'est ensemble, dans les années 1995), on a introduit la PCEA. On s'est mis à faire de la rachianalgésie d'induction et on a fait de la déambulation. Et les patientes avaient toutes le même protocole, en tout cas le même mélange d'anesthésique local et de morphinique dans la PCEA et le même protocole d'entretien.

Et combien d'anesthésistes pratiquaient cette méthode dans cette maternité ?

Pas beaucoup, trois ou quatre.

Quand a été mis en place la péridurale déambulatoire ?

En 1995.

Quand avez-vous abandonné le projet ?

En 1996 ! Non, j'exagère. Ça a duré deux, trois ans, peut-être un peu plus. Mais de façon proactive, jusqu'à les années 2000.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière :

Comment s'est décidée la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

Déjà, la bibliographie. Tout ça, c'est très lié à la mode, à la mise en place de la rachianalgésie morphinique. Parce que les gens qui ont publié sur la rachianalgésie

morphinique, ils ont aussi publié sur l'absence du bloc moteur en début de travail, etcetera. Donc ça, c'était les premiers arguments. Et, on travaillait beaucoup à cette époque-là, parce qu'on a changé les procédures analgésiques et anesthésiques, sur la réduction du bloc moteur. Donc c'était l'enchaînement lié. Donc tout ça c'est très intriqué avec la recherche et l'objectif des anesthésistes de réduire au maximum tous les effets potentiellement délétères de la péridurale sur la mécanique obstétricale, le taux de césarienne. On avait pas à cette époque la notion (qu'on a bien maintenant, et qui est bien prouvée) qu'il n'y pas de lien entre la péridurale et le taux de césarienne, le risque de césarienne plus exactement. Et, comme on sortait des phases où on faisait quand même des péridurales assez lourdes, avec des anesthésiques locaux assez concentrés, des blocs moteurs fréquents, c'était le challenge. L'objectif c'était de prouver un peu qu'on pouvait sous péridurale : déambuler et avoir zéro bloc moteur et une bonne analgésie. Première chose.

La deuxième chose c'est que, c'était quand même une époque où on avait des vellétés de vitrine. C'était sympa, il faut dire.

Le facteur déclencheur initial, c'était la réduction des effets secondaires de la péridurale. Et puis, voir éventuellement s'il y avait un effet sur le déroulement du travail et les effets obstétricaux.

Avez-vous atteint ces objectifs ?

Pas du tout. Ni chez nous, ni ailleurs. On jamais pu mettre en évidence d'effets positifs. On a, en tout cas, pas de preuves. Plutôt non, plutôt pas d'effet positif qu'un effet positif.

Combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'introduction de la péridurale déambulatoire et la pratique de cette technique ?

Ca été vite, je ne suis pas du genre à traîner. Une fois qu'on a eu le matériel (on avait déjà la télémétrie, elle était déjà disponible), la mise en place du protocole, ça a pris quelques mois quand même, le temps d'avoir le matériel. On a travaillé avec le laboratoire ABBOTT® (qui, à l'époque avait été le fournisseur de la pompe de PCEA) qui nous a pas mal aidés. Parce que tout d'abord, je communiquais beaucoup sur la PCEA et puis je me souviens ceux qui nous ont fourni les sacs à dos étaient parti prenant sans qu'il n'y ait de conflit d'intérêts. C'était un peu dans ce cadre-là.

Quels sont les rôles, les responsabilités de chaque corps d'équipe ?

Le protocole exact, c'était compliqué. Il fallait que ce soit des conditions obstétricales idéales, on ne faisait pas déclenchement, travail spontané, une rachianalgésie morphinique (donc juste du sufenta, 5 gamma). Ensuite, on branchait la PCEA. Le mélange c'était de la

bupivacaïne (0.1 ou 0.625, je ne saurais plus te dire) avec du sufenta (à l'époque c'était du 0.5 gamma/mL). La programmation c'était les bolus de 5mL toutes les 10 minutes. Il n'y avait pas de débit continu. Tout au début, on avait même un holter tensionnel. C'est à dire qu'on avait piqué aux cardiologues un holter dont on pouvait pas lire les données en direct, mais qu'on avisait après.

On faisait marcher la dame, on attendait une demi-heure (parce que le sufenta intrathécal peut donner des anomalies de rythme et des hypertonies). Au bout d'une demi-heure, on branchait la pompe sans faire l'induction avec la péridurale, mais on branchait la pompe à la dame. On lui mettait un sac à dos avec dedans la télémétrie et la pompe de péridurale. Ensuite, on lui faisait faire des tests (c'était assez codifié) : absence de bloc moteur complet en décubitus dorsal, ensuite on la faisait mettre debout et puis le signe du tabouret (annexe), absence d'effet hémodynamique (assis, couché, debout). La sage-femme faisait son point, et la femme partait avec la consigne de revenir chaque heure ou à un autre évènement. On lui avait donné au début un téléphone portable ou un BIP, je crois, avec le périmètre pour lequel elle pouvait circuler. La sage-femme devait, elle, être toutes les heures disponible pour faire l'examen (à l'époque on faisait des touchers vaginaux systématiques). Et puis, on avait l'écran de monitoring, la sage-femme avait un problème c'était de retrouver la dame. Au début, elle partait comme ça, ensuite on lui a donnée un BIP. On la bipait quand il y avait des anomalies, ou quand on captait plus le rythme. Ça c'était le protocole grosso modo.

Elles avaient la possibilité d'utiliser les bolus de la PCEA quand elles le voulaient.

Devaiement-elles revenir à chaque bolus ?

Elles étaient obligées de revenir au premier bolus. Et le premier bolus se faisait dans la salle, sous notre contrôle avec les mêmes tests avant de la laisser repartir. C'était libre.

Seuls quelques anesthésistes proposaient cette méthode à leur patientes, pourquoi ?

C'était surtout quelques patientes... On ne pouvait en faire qu'une à la fois. En plus, il fallait qu'il n'y ait pas trop de boulot dans la salle. Pour nous, c'était une corvée, enfin c'était marrant mais il fallait quand même qu'on soit disponible pendant presque une heure quand même. Le temps de la mise en place... Il fallait qu'on soit là, nous aussi, quand elles revenaient pour la première injection. Puis voilà, c'était beaucoup d'attention pour nous et pour les sages-femmes aussi.

La péridurale déambulatoire constituait une charge de travail supplémentaire ?

Il y avait une charge de travail très supplémentaire. Surtout ce qui était presque le plus contraignant, c'était qu'il fallait que la sage-femme au moment où la dame revenait n'ait pas autre chose à faire. Pour elle aussi, c'était finalement assez lourd. Et puis, de guetter sur le tracé.

L'équipe a-t-elle rencontré des difficultés d'un point de vue opérationnel lors de la transition ?

Il n'y a pas eu de transition puisque c'était des cas ponctuels. Ce n'était pas beaucoup de patientes. On faisait ça quand on avait le temps. C'était à la carte, on leur proposait le jour même quand les conditions étaient réunies.

La collaboration avec l'équipe était-elle différente ?

Oui, elle est plus nécessaire. Elle est indispensable. Les sages-femmes sont enthousiastes aussi. Ça a pas duré très longtemps, enfin si ; mais elles étaient quand même enthousiastes. Oui, il fallait qu'on travaille ensemble.

Et avec les couples ?

Oui... Avec les couples c'était marrant, c'était très promotionnel. Ils adoraient ça. Ils trouvaient ça formidable. Dans les premières patientes (c'est dommage, je n'ai pas la photo), elle dansait le rock, (c'était en décembre, je ne sais pas si c'était un réveillon de Noël ou je ne sais quoi) dans le couloir de la maternité avec une anesthésiste. Elle était à sept centimètres. Oui, il y avait un petit côté ludique.

Les dossiers ont-ils été modifiés ?

En fait, on a utilisé les supports qu'on avait. On rajoutait les tests mais c'était les supports habituels.

Quelles ont été les ressources nécessaires à l'organisation du projet ?

- La télémétrie, les PCEA, on les avait donc on a utilisé ce qu'on avait.
- Les sacs à dos
- Le holter tensionnel qu'on a abandonné assez vite parce qu'on n'avait pas les données en direct donc ça servait pas à grand-chose.

Voilà. Ce n'est pas tellement conséquent comme budget. Non, vraiment.

Il y a t-il eu besoin de personnel supplémentaire ?

En termes de nombre, non. En termes de disponibilité, oui.

Des formations ont-elles été nécessaires ?

Alors, moi je faisais beaucoup de formations dans la maternité pour les sages-femmes.

Parce qu'en même temps (la PCEA, on l'a commencée dans les années 1994), on a fait tout PCEA d'emblée. On a fait beaucoup de formations, parce que c'était vraiment nouveau. La déambulation est venue dans les années qui ont suivies. Et donc, on a continué. Je faisais beaucoup de cours, même à l'extérieur de l'hôpital.

Avez-vous utilisé des supports pédagogiques pour le personnel ainsi que les couples ?

Oui.

Le personnel de santé et les patientes :

Quelle a été l'opinion de l'équipe soignante face à ce changement ?

Tout le monde a été très enthousiaste.

Ont-ils tous adhéré au projet ?

Oui oui.

Les patientes se communiquaient bien sûr l'information. Donc, au bout d'un moment, on nous l'a beaucoup réclamé. Alors, il y a eu quelques aléas : les patientes qui traversaient la rue, qu'on retrouvait plus, la télémétrie qui ne captait pas derrière les cages d'ascenseurs. Les patientes, elles ne sont pas toutes ...

Les patientes n'étaient pas informées en ante-parfum des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ?

Non. Au début on ne faisait pas de l'information systématique en consultation. Après, très rapidement, les médecins, comme c'est de façon ponctuelle, en parlaient.

Il n'y avait pas de support papier en ma connaissance. Peut-être bien que si. Ils ont du bien faire un papier. Parce qu'au lit des patientes, lorsqu'on faisait une PCEA, on leur donnait une petite feuille, avec les consignes d'utilisation. Et même un tableau avec les EVA, où elles notaient leurs EVA et quand elles injectaient les bolus. Et on l'avait fait pour toutes les PCEA au début et on a dû le faire aussi pour les patientes qui déambulaient ; les recueils.

Les couples adhéraient-ils facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

C'est à dire que les couples, on leur proposait, s'ils ne voulaient pas, ils ne voulaient pas. Donc, on faisait ça qu'à des gens qui étaient d'accords et plus que ça : demandeurs.

Ah oui, le mari avait un rôle très important. Puisque le mari ne devait pas quitter sa femme d'une semelle et devait lui tenir le bras pendant tout le circuit. On sollicitait beaucoup le mari. On n'a jamais fait ça avec des femmes seules. C'était toujours accompagné de leur

conjoint.

Pensez-vous qu'il aurait fallu davantage informer les couples pendant la grossesse et le travail ?

Si seulement ça était venu à se généraliser... Il y avait plusieurs problèmes : On en pouvait faire qu'une à la fois parce que la télémétrie, il y avait des interférences. On avait deux boîtiers, on ne pouvait utiliser qu'un à la fois. Donc, je pense que si la technique de la télémétrie s'était développée, qu'on s'était donné les moyens techniques et tout ça, on aurait été convenu évidemment de faire un peu plus question support. Mais comme c'est resté ponctuel, finalement ça a disparu parce qu'il y a eu d'autres événements derrière qui se sont greffés ; c'est le re-mouvement de la maternité de Saint Germain. Et puis même avant... On avait arrêté bien avant. On a arrêté pour d'autres raisons aussi.

Alors, on a fait de la rachi-péri-combinée à tout va pendant plus d'un an puisque j'avais collecté au moins 500 dossiers de rachi-péri-combinée dans lesquels il n'y avait évidemment pas que de la déambulation. Et, on a eu trois méningites. Donc ça, ça a beaucoup freiné l'équipe même si ce n'était pas des méningites graves. C'était je crois deux méningites aseptiques. Ça a beaucoup freiné l'équipe dans l'utilisation systématique de la rachianesthésie d'induction. Et donc, pas de rachi d'induction, pas de déambulation, c'était quand même le corolaire. Alors que maintenant, on peut faire. A l'époque, c'était une obligation. Donc ça, ça a aussi contribué, je pense aussi, à l'abandon de la technique.

Il y a t-il eu d'autres raisons à l'origine de l'abandon ?

Et bien, la charge de boulot, l'organisation. C'est toujours pareil, quand on met en place un truc, un investissement autant de l'équipe ... Au début t'as la phase enthousiaste, tout le monde participe tout ça. Et puis après, tu es pris par le... voilà... les gens traînent un peu des pieds. Et comme t'as pas mis en place le mode d'organisation qui va permettre de rendre le truc fluide... Et bien, ça fait parti aussi des éléments qui font tomber la technique à l'eau. A l'issue de ça, on commençait à faire paraître des papiers qui remettaient en doute l'efficacité du truc sur le déroulement du travail. Mais, quelque part, secondairement c'était plus tellement l'objectif. Secondairement, c'était l'amélioration de l'humanisation de l'accouchement, de l'ambiance dans l'équipe, tout ça. Donc, ça aurait pu continuer s'il y avait moins de boulot en salle.

Qu'est ce qui aurait pu améliorer le versant organisationnel ?

D'abord, on était au seuil du nombre d'accouchements pour faire ça. Puisqu'au-delà de 2000-2500 c'était ...

Le niveau de la maternité, qui fait que quand même, quand tu as de la pathologie, tu peux pas t'occuper de la patiente juste pour le truc physiologique. C'était un peu sportif quoi. Et puis l'adhésion des anesthésistes, ça a quand même joué je pense : les complications, la charge de boulot.

Qu'est-ce qui a été fait pour informer le personnel de santé lors de la mise en place ?

Oui, j'ai fait des staff, bien sûr, des présentations, de la revue de la littérature pour essayer de soutenir le truc ; dans les staffs d'anesthésie et dans les staffs d'obstétrique. Parce qu'en fait, moi je m'occupais de la maternité, je faisais plus parti du service d'obstétrique, que du service d'anesthésie. Les staff où j'allais, c'était des staff d'obstétrique, j'étais très impliquée. Et donc la formation s'est faite pour le service d'obstétrique.

L'implication des obstétriciens : néant. C'est les sages-femmes à qui ça intéressait.

Jouaient-ils un rôle ?

Non, ils étaient pas du tout hostiles mais ils n'avaient aucun investissement. Parce qu'évidemment, ça ne concernait que des travaux physiologiques. C'était que de la prise en charge sage-femme exclusive.

Donc nous, on avait des infirmières anesthésistes en salle de naissance, aussi très investies dans l'analgésie, donc elles ont aussi joué un rôle très important dans la surveillance, la participation.

Conclusion :

Nous avons parlé des freins, concernant les leviers, qu'est ce qui facilite la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

L'adhésion des patientes, c'est quand même très important. Et leur demande, parce qu'il y avait beaucoup de maternités qui étaient dessus. Donc, il y avait des patientes qui venaient en demandant "est ce que vous faites de la déambulation ?". Il y en a toujours. Elles le savaient déjà de l'extérieur, elles le savaient par les copines qui avaient accouchées là. Donc, il y avait quand même une demande des patientes. Les sages-femmes étaient plutôt favorables. Et puis nous aussi, tout ce qui était nouveau... Donc ça, c'était les leviers : l'enthousiasme de l'équipe, les patientes et la taille de la maternité quand même. Parce qu'à la même époque, dans le privé ça a pris de façon plus importante que dans le public.

Maternité E

Cadre sage femme 1 (CSF1)

Concernant la maternité :

Quel a été le nombre d'accouchements lorsque vous pratiquiez la péridurale déambulatoire ?

Dernièrement, on était dans les 1550 environ. Mais à l'époque où on faisait des péridurales déambulatoires ça a été jusqu'à 2000.

Il s'agit d'une maternité de niveau II.

IIa, oui.

Il s'agit d'un établissement public.

Oui.

Quel était le taux d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

C'était selon leur souhait, il n'y en avait pas énormément qui le souhaitait. Sinon, on avait acheté tout le matériel pour la surveillance monitoring. Par contre, le protocole du chef de service, c'était de surveiller le monitoring quand même. Donc on avait un monitoring déambulatoire.

Et combien il y a t-il d'anesthésistes dans cette maternité ?

Il y avait un anesthésiste 24h/24 mais qui faisait aussi du bloc des urgences gynécologiques. Cinq au total. Un sur cinq pratiquait la péridurale déambulatoire.

Quand a été mis en place la péridurale déambulatoire ?

L'année précisément... je ne souviens plus, c'était je pense avant 2000.

Quand avez-vous abandonné le projet ?

Ca a du durer une bonne année maximum et l'anesthésiste, celle qui faisait, est partie après. Elle en faisait de moins en moins parce que les patientes n'étaient finalement pas très demandeuses.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière

Comment s'est décidée la mise en place de la péridurale déambulatoire ?

On en avait entendu parler dans les congrès je crois. Et la chef de service avait trouvé que c'était intéressant pour les patientes. On avait des anesthésistes que ça intéressait aussi.

Combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'introduction de la péridurale déambulatoire et la pratique de cette technique ?

Le temps de commander le matériel je crois.

Quels étaient vos objectifs en proposant cette méthode ?

C'était beaucoup la demande et le confort des patientes en fait. Avoir une position un petit peu plus naturelle en pré-travail au moins. Le fait de marcher, que ça puisse faire descendre plus les présentations. Plus physiologique.

Avez-vous atteint ces objectifs ?

Pas tellement, non. Je trouve qu'il y en eu très peu en fait. Il n'y en a pas eu assez pour s'en rendre compte.

Quels sont les rôles, les responsabilités de chaque corps d'équipe ?

Les anesthésistes, y'en a une qui le faisait, et puis les autres... il y en eu une autre un moment qui l'a fait mais qui n'est pas restée. Mais c'était plutôt des femmes qui étaient rentrées dans le...

Et les sages-femmes ne poussaient pas à la consommation.

Pensez-vous que la péridurale déambulatoire constituait une charge de travail supplémentaire pour le personnel de santé ?

Oui, dans le sens où il fallait surveiller le monitoring. Il bouge tout le temps, il faut courir après la dame, le remettre en place. Et ça demandait un peu plus de place. Il fallait prévoir une salle de naissance, quand même une pièce où la dame pouvait marcher.

Quelle était la différence d'un point de vue opérationnel par rapport à une péridurale classique ?

La prise en charge était un peu plus longue. Sinon c'est le matériel et puis voilà.

La collaboration avec l'équipe était-elle différente ?

Non, je ne pense pas.

Et avec les patientes et les couples ?

Non, pas spécialement. Je trouve que quand les gens sont contents... C'est ce qu'on souhaite...

Les dossiers ont-ils dû être modifiés pour la surveillance ?

Non, non.

Que pensez-vous de l'organisation lorsque vous proposiez la péridurale déambulatoire ? Pensez-vous que cela aurait pu être organisé autrement ?

Nous, on avait quand même un problème de locaux en fait. Le monitoring ne fonctionnait

pas au-delà d'une certaine limite. On ne pouvait pas déambuler bien loin. Quand elles avaient fait trois ou quatre fois le couloir, elles en avaient marre, elles revenaient s'allonger.

Et puis, la volonté des patientes un petit peu, il faut de la préparation. Il y avait une prise en charge un peu plus importante.

Les patientes

Par quel(s) moyen(s) étaient informées les patientes des différentes techniques d'analgésie proposées par la maternité ?

Aux cours de préparation évidemment, en pratique plusieurs fois. Les anesthésistes en parlaient en consultation d'anesthésie.

D'après vous, les patientes étaient-elles satisfaites par la façon dont elles étaient informées ?

Elles auraient eu plus d'informations si ça s'était développé et si tous les anesthésistes l'avaient pratiqué. Présenter des choses qu'on ne pouvait pas assumer jusqu'au bout, c'était pas forcément ...

Les couples adhéraient-ils facilement aux conditions d'utilisation de la péridurale déambulatoire ?

Oh oui, ça oui. Aucun problème.

Management, dimension organisationnelle, dimension financière

D'un point de vue financier, quelles sont les ressources nécessaires au projet ?

Ça a été payé par l'association du chef de service. Par le labo en fait. Sinon on ne l'aurait pas eu.

Quel était le budget ?

Je n'en ai aucune idée.

Y-a-t-il eu besoin de matériel supplémentaire ?

A l'époque, il y avait une pompe. Une seringue électrique. Rien d'autre. Ça a été fourni par l'anesthésie.

Des formations ont-elles été nécessaires ?

Pour les sages-femmes, oui. Pour la surveillance, pour les sages-femmes.

Le personnel de santé :

Quelle a été l'opinion soignante face à ce changement ?

Il y a toujours des gens qui ont des réticences face au changement, malheureusement. Après c'est une question de caractère.

Pour quelle profession en particulier ?

Les sages-femmes et les anesthésistes, ils n'ont pas tous adhéré au projet. Les obstétriciens, on les cherchait là-bas... certains...

Les auxiliaires de puéricultures, elles trouvaient ça bizarre mais ce n'était pas les plus difficiles à convaincre.

Qu'est-ce qui a été fait pour informer le personnel de santé lors de la mise en place ?

Par staff, petit à petit.

Selon vous, combien de temps a-t-il fallu pour que l'équipe soignante s'acclimate à ce changement ?

Je crois que le temps d'adaptation c'est le temps d'en avoir envie. C'est de la surveillance, il faut d'adapter aux patientes aussi. En surveillance, il ne faut pas grand-chose de plus.

Conclusion :

Selon vous, quel(le)s sont les plus grand(e)s biais/difficultés pour mettre en place la péridurale déambulatoire ?

Les locaux. Les anesthésistes. Et puis évidemment, le matériel. Le matériel maintenant est obsolète, on l'a plus.

Qu'est ce qui explique principalement l'abandon ?

Elles réclamaient rapidement d'avoir une dose de péridurale plus forte. Et ensuite l'anesthésiste qui est partie et personne n'a pris le relais. Il n'y avait pas assez de demandes, je crois.

En général, qu'est ce qui a facilité la mise en place la technique ?

L'anesthésiste sur place.

Souhaiteriez-vous éventuellement essayer de renouveler le projet ?

Je démarre dans une nouvelle maternité. On est deux maternités à avoir fusionné. Pourquoi pas, mais je ne sais pas si ça fera partie du projet de service. Je pense qu'on ne le ferait pas. Pour l'instant, le primordial c'est qu'on fusionne correctement. Que les protocoles deviennent bien communs. Comme ce n'est pas moi qui va prendre la suite...

Annexe 9 :

Etape 3 : Tableaux d'analyse

Etude de la population cible (Tableau 10).

	Nombre d'accouchements au moment de l'utilisation de l'APD déambulatoire	Type	Statut	Début de l'APD déambulatoire	Encore utilisé ? Si non, période d'abandon	Taux d'utilisation de l'APD déambulatoire	Nombre d'anesthésistes à temps plein	Nombre d'anesthésistes pratiquant l'APD déambulatoire
Maternité A	3100	3	Public	Avant 1999 <i>"en 1999, il y était déjà."</i>	Oui	Rare <i>"au cas par cas"</i> <i>"essentiellement sur le personnel soignant"</i>	8	<i>"ceux qui l'ont utilisé"</i> 3
Maternité B	3180	2	Privé à but non lucratif	1995	Oui	<i>"elles sont toutes en dose déambulatoire"</i> <i>"celles qui vont marcher [...]</i> <i>30-35 %."</i>	5	Tous

Maternité C	3000	1	Privé à but non lucratif	1995 <i>"il y a plus de 20 ans [...] ils essayaient déjà [...] de diluer"</i>	Oui	Toutes en dose déambulatoire <i>"celles qui se lèvent vraiment, on va dire 20 %", "Beaucoup plus de 20 %"</i>	5,8	Tous
Maternité D	2500	3	Public	1995	Non <i>"Ça a duré 2-3 ans "</i> <i>"jusqu'à les années 2000"</i>	<i>"10 % même pas, 5 % peut être"</i>	?	<i>"Pas beaucoup, 3 ou 4"</i>
Maternité E	2000	2	Public	Avant 2000	Non <i>"Ça a duré une bonne année maximum"</i>	Rare <i>"C'était selon leur souhait" "Il n'y en avait pas énormément qui le souhaitait"</i>	5	1

Analyse : le management (Tableau 11).

	Décision de la mise en place de l'APD déambulatoire	Temps pour la mettre en place	Aide extérieure
Maternité A	<i>"c'est un point d'accroche", " En 2002-2003, il y avait un congrès à Rennes, on parlait du pour et du contre.</i>	Le matériel y était déjà. Pas de pratique courante.	Non
Maternité B	<i>"c'est entièrement lié au désir de la femme.", "il y a eu un laboratoire qui est venu faire une démo de surveillance à distance de monitoring", "Ils passaient par là", "C'est un peu un concours de circonstances."</i>	<i>"Ca été fait immédiatement." Huit mois au total "pour mettre au point un petit peu la possibilité ; au point de vue dose, y réfléchir et puis faire des essais."</i>	Oui, le laboratoire de télé monitoring.
Maternité C	<i>"Ça s'est mis en place de façon insidieuse.", "Sachant qu'ici, on travaille beaucoup sur les postures aussi", "la demande de mobilité est permanente", "c'était à la fois une demande des femmes, mais aussi pour éviter qu'il y ait des résistances à la péridurale de la part des sages-femmes."</i>	<i>"On n'a pas décidé du jour au lendemain de faire ça."</i>	Non
Maternité D	<i>"la bibliographie.", "ils ont aussi publié sur l'absence de bloc moteur en début de travail", "c'est très lié à la mode", "c'était quand même une époque où on avait des vellétés de vitrine. C'était sympa, il faut dire."</i>	<i>"Ca été vite", "on avait déjà la télémétrie", "quelques mois quand même, le temps d'avoir le matériel"</i>	Le laboratoire pour les pompes de PCEA. Mais avant la mise en place de l'APD déambulatoire.
Maternité E	<i>"On en avait entendu parler dans les congrès je crois. Et, la chef de service avait trouvé que c'était intéressant pour les patientes. On avait des anesthésistes que ça intéressait aussi."</i>	<i>"Le temps de commander le matériel"</i>	Non

	Objectifs	Objectifs atteints ?	Responsabilités
Maternité A	<i>"meilleure satisfaction", "meilleure maîtrise de son accouchement, de son analgésie", "motricité qui est considérée, je pense, au fond de l'esprit des femmes comme étant meilleure au niveau de la mécanique obstétricale."</i>	Pas suffisamment de pratique.	<i>"Pour l'anesthésiste : de pratiquer sa péridurale, de pouvoir vérifier qu'il n'y ait pas de déficit moteur et de pouvoir garantir l'innocuité de la technique sur la déambulation.", "La sage-femme, c'est de donner le feu vert pour la déambulation selon ses critères obstétricaux et aussi de pouvoir avoir en télémétrie un enregistrement du RCF qui soit satisfaisant."</i>
Maternité B	<i>"la satisfaction des femmes.", "se remettre dans des situations beaucoup plus physiologiques pour le travail et diminuer les nombres des forceps et épisiotomies."</i>	<i>"La période de 1995 à 2002 a été assez fabuleuse. Elle était très dynamique sur la déambulation, on avait des taux de déambulation dans les alentours de 60 à 70 %."</i>	Les anesthésistes : <i>"la surveillance hémodynamique, en position allongée, assise ou debout, les mouvements de flexion, de stabilité."</i> Les sages-femmes : <i>"donner leur accord ou pas sur la déambulation en fonction de l'état obstétrical"</i>
Maternité C	<i>"essayer que des femmes aient quand même la péridurale, qu'il n'y ait pas cette résistance des anciennes sages-femmes.", "On a prôné d'emblée : sensations mais pas de douleur et de bloc moteur."</i>	Oui	<i>"Le rôle de chacun n'est pas différent.", Les anesthésistes : "Nous on pose la péridurale, on fait la première dose." Les sages-femmes : "Quand elles veulent faire lever la patiente, elles essaient juste qu'elles tiennent bien sur leurs genoux.", "quand il y a besoin, la sage-femme réinjecte"</i>

Maternité D	<p><i>"réduire au maximum tous les effets potentiellement délétères de la péridurale sur la mécanique obstétricale, le taux de césarienne.", "L'objectif c'était de prouver un peu qu'on pouvait sous péridurale : déambuler et avoir zéro bloc moteur et une bonne analgésie."</i></p>	<p><i>"Pas du tout. Ni chez nous, ni ailleurs. On jamais pu mettre en évidence d'effets positifs. On a, en tout cas, pas de preuves."</i></p>	<p>Anesthésistes : Pose de la rachianalgésie morphinique, <i>"On faisait marcher la dame, on attendait une demi-heure [...] on branchait la pompe ", "Ensuite, on lui faisait faire des tests"</i> La sage-femme : <i>"faisait son point, et la femme partait avec la consigne de revenir chaque heure ou à un autre évènement", "on avait l'écran de monitoring, la sage-femme avait un problème c'était de retrouver la dame."</i></p>
Maternité E	<p><i>"C'était beaucoup la demande et le confort des patientes." "Avoir une position un petit peu plus naturelle [...] que ça puisse faire descendre plus les présentations. Plus physiologique."</i></p>	<p><i>"Pas tellement, non.", "Il n'y en a pas eu assez pour s'en rendre compte."</i></p>	<p><i>"Les anesthésistes, y'en a une qui le faisait, et puis les autres..."</i> <i>"Et les sages-femmes ne poussaient pas à la consommation."</i></p>

Analyse : la dimension organisationnelle (Tableau 12).

	Différence avec une péricuriale classique/Transition	Collaboration avec l'équipe	Charge de travail supplémentaire ?	Modification des dossiers ?	Locaux
Maternité A	Pas assez utilisé pour aborder le sujet.	<i>"On n'en parle pas étonnement.", "Personne de demande à l'autre équipe ce qu'il en pense", "Je pense qu'il faudrait qu'il y ait une communication un peu plus fine sur les stades d'avancée du travail", "Je pense qu'on serait forcément un peu plus collaborant."</i>	<i>"Dans les maternités de type III, où il y a beaucoup d'accélération, d'urgences, où il y a effectivement du personnel qui est déjà très sollicité autour de la sécurité... ça a difficilement sa place dans ce type de structure."</i>	<i>"Non, puisque ce n'est pas de pratique courante."</i>	<i>"Une fois je l'ai utilisé sur une sage-femme, 3-4 heures après elle était fatiguée, elle s'ennuyait. Elle tournait et tournait et à un moment donné, elle est retournée dans sa chambre. Je pense aussi qu'il faut avoir un endroit."</i>
Maternité B	<i>"il y a un sacré changement", "C'est du boulot en plus"</i>	<i>"c'est vraiment une concertation.", "C'est un vrai projet de service la déambulation.", " Il faut des équipes qui se connaissent, des équipes qui travaillent en harmonie.", "Il faut une équipe motivée, c'est fondamental"</i>	<i>"Il ne faut pas nier la pénibilité de la charge de travail.", " C'est surtout pour les sages-femmes", "S'il faut replacer les capteurs fréquemment, ça va être effectivement un handicap", " Plus vous allez augmenter en accouchements, plus on va augmenter la pathologie, plus ça va mettre un handicap"</i>	<i>"Pas du tout. Il y a juste à marquer : déambulation oui, non. La durée éventuellement pour avoir une idée de ce qui se fait. C'est tout."</i>	<i>"Les changements de locaux ont amené d'autres contraintes.", "Le super environnement qu'ils avaient avant c'était faciliter la déambulation."</i>

Maternité C	<i>"Elle s'est rendu compte qu'elle pouvait tout à fait le mettre en place sans changer quoi que ce soit."</i>	Est-ce différent ? <i>"Peut-être, mais un peu moins maintenant parce qu'il y a beaucoup de sages-femmes qui sont parties à la retraite."</i>	<i>"Non.", " Je pense que la plus grande difficulté, c'est le nombre d'accouchements et la charge ensalle de travail quand même"</i>	<i>"Non, parce que, comme les femmes même sans péridurale se bougent, donc du coup ça change rien au final."</i>	<i>"Mais nous, on avait un petit jardin en bas mais finalement elles ne sont jamais descendu en bas", "Si tu as un espace plus large, agréable[...] On peut imaginer qu'elles vont aller plus loin, mais nous on a pas d'espace. Je pense qu'elles préfèrent être toutes seules, avec leur mari. On a quand même des salles de travail assez agréables et plutôt sympas."</i>
Maternité D	<i>"Il n'y a pas eu de transition puisque c'était des cas ponctuels."</i>	<i>"Oui, il fallait qu'on travaille ensemble.", "Oui, elle est plus nécessaire. Elle est indispensable."</i>	<i>"Il y avait une charge de travail très supplémentaire.", "Guetter sur le tracé", "quand tu as de la pathologie, tu peux pas t'occuper de la patiente juste pour le truc physio"</i>	<i>"On a utilisé les supports qu'on avait. On rajoutait les tests mais c'était les supports habituels."</i>	Non mentionné
Maternité E	<i>"La prise en charge était un peu plus longue. Sinon c'est le matériel et puis voilà."</i>	Pas de différence.	<i>"Oui, dans le sens où il fallait surveiller le monitoring. il bouge tout le temps, il faut courir après la dame, le remettre en place."</i>	Non	<i>"ça demandait d'un peu plus de place. Il fallait prévoir une salle de naissance, quand même une pièce où la dame pouvait marcher."</i>

Analyse : la dimension financière (Tableau 13).

	Budget conséquent pour mettre en place la technique ?	Matériel supplémentaire nécessaire lors de la mise en place de l'APD déambulatoire ?	Changement de fournisseur concernant le matériel d'anesthésie ?	Personnel supplémentaire ?	Aménagement du budget
Maternité A	<i>"Dans une maternité équipée comme celle-ci, non."</i>	Matériel déjà présent.	Non. Utilisation de la PCEA ou réinjection en discontinu.	Non. Cas ponctuels.	Pas besoin
Maternité B	<i>"La télémétrie est très chère, le reste non. Le coût c'est la télémétrie et le câblage. Monitoring, machines : 100 000 euros. Et il faut rajouter le câble parce que quand nous on a refait, le câblage était déjà installé."</i>	La télémétrie et câblage.	Non. Utilisation de la PCEA.	Non	<i>"L'administration nous a suivi dans l'achat."</i>
Maternité C	<i>"Non, il n'y a pas de budget. La télémétrie on l'avait déjà avant, avec la baignoire. Nous, on a pas demandé de budget."</i>	Aucun	Non	<i>"Non, il faudrait du personnel supplémentaire pour le nombre d'accouchements."</i>	Pas besoin

Maternité D	<i>"La télémétrie, les PCEA, on les avait donc on a utilisé ce qu'on avait. Les sacs à dos. Le holter tensionnel qu'on a abandonné assez vite parce qu'on avait pas les données en direct donc ça servait pas à grand-chose. Voilà. C'est pas tellement conséquent comme budget."</i>		Non. La PCEA a été introduit quelque temps avant l'introduction de l'APD déambulatoire.	<i>"En termes de nombre, non. En termes de disponibilité, oui."</i>	Pas besoin
Maternité E	Ne sais pas.	Télémétrie.	Non <i>"A l'époque, il y avait une pompe. Une seringue électrique. Rien d'autre."</i>	Non	<i>"Ca a été payé par l'association du chef de service. Par le labo en fait. Sinon on l'aurait pas eu."</i>

Analyse : le personnel de santé (Tableau 14).

	Opinion des anesthésistes	Opinion des sages-femmes	Opinion des obstétriciens	Raisons des éventuelles réticences	Informations	Formations	Adaptation
Maternité A	<p>"On n'en parle pas étonnement. C'est une espèce de No Man's Land où en fin de compte on évite de parler de ça.",</p> <p>"je pense que ce sont les obstétriciens et les sages-femmes qui le souhaitent pas. Et si vous les interrogez eux, ils pensent que ce sont les anesthésistes qui ne veulent pas"</p>			<p>"les communications n'avaient pas montrées de bénéfice obstétrical, qu'on ait un seul matériel, qu'il n'y ait pas de pression des usagers, des femmes"</p>	<p>"Il n'y a pas eu de staff commun d'organisé"</p>	<p>"On en a pas ressenti le besoin"</p>	<p>Pratique pas assez courante.</p>
Maternité B	<p>Anesthésistes à l'origine du projet : "Et l'un de mes collègues qui passait par là en disant que c'était exactement ce qu'il nous faut."</p>	<p>"On a eu la chance quelque part que les sages-femmes y adhèrent après leur avoir expliqué un peu les contraintes et les tests sur les forces motrices."</p>	<p>"On a eu la chance d'avoir des obstétriciens qui étaient totalement partants dans le projet."</p>	<p>"Les réticences étaient parce que ça complique un peu les choses. Il faut une disponibilité et un dynamisme dans l'équipe pour le faire."</p>	<p>"Ça a été des réunions, des informations sur le terrain"</p>	<p>"On a fait ça sur le terrain."</p>	<p>"Il n'a pas fallu beaucoup de temps, parce que l'équipe de l'époque était complètement dans ce mouvement là et complètement demandeur et a adhéré à ça."</p>

Maternité C	<i>"Il n'y a pas eu de réticence. C'est peut-être aussi l'histoire de [la maternité C], comme ça a toujours été un endroit où il fallait absolument que les femmes soient en possession de leur accouchement, soient actrices de leur accouchement donc ça a facilité."</i>	<i>"[Les sages-femmes] étaient contre la péridurale sous prétexte que sous péridurale elles ne se bougeaient pas"</i>	<i>"Ça s'est mis en place de façon insidieuse"</i>	<i>"Non, je ne sais pas s'il y a besoin d'être formé finalement."</i>	<i>"Ça s'est mis en place de façon insidieuse", "ça a toujours été un endroit où il fallait absolument que les femmes soient en possession de leur accouchement"</i>
Maternité D	<i>"Tout le monde a été très enthousiaste."</i>		Pendant les formations. Supports pédagogiques.	<i>"Alors, moi je faisais beaucoup de formations dans la maternité pour les sages-femmes"</i>	<i>"Au début t'as la phase enthousiaste, tout le monde participe tout ça. Et puis après, tu es pris par le... [...] les gens trainent un peu des pieds"</i>
Maternité E	<i>"Il y a toujours des gens qui ont des réticences face au changement malheureusement. Après c'est une question de caractère.", "Les sages-femmes et les anesthésistes, ils n'ont pas tous adhéré au projet. Les obstétriciens, on les cherchait là-bas... certains..."</i>		<i>"Par staff, petit à petit."</i>	<i>"Pour la surveillance, pour les sages-femmes."</i>	<i>"Je crois que le temps d'adaptation c'est le temps d'en avoir envie. C'est de la surveillance, il faut d'adapter aux patientes."</i>

Analyse : Les patientes et les couples (Tableau 15).

	Moyens d'information	Moment de l'information	Adhésion des couples aux conditions d'utilisation	Collaboration avec les couples	Rôle du père
Maternité A	<i>"Certaines femmes posent la question lorsqu'on les rencontre en consultation d'anesthésie."</i>	Consultation d'anesthésie.	Oui <i>"elles sont toujours accompagnées."</i>	<i>"Il faudrait une collaboration plus fine, par rapport au ressenti"</i>	Non abordé
Maternité B	Bouche à oreille. Réunions d'information sur la péridurale. Site internet. Documents écrits. Préparation à la naissance. Consultations obstétricales. Parfois consultations d'anesthésie.	Avant l'inscription. <i>"Ce document est envoyé quand elles s'inscrivent à la consultation d'anesthésie. La secrétaire leur envoie à domicile"</i> Pendant toute la grossesse.	<i>"Oui, il faut qu'il y ait toujours un adulte qui les accompagne quand elles marchent.", "C'est absolument pas un problème."</i>	<i>"C'est tout le monde.", "Il y a une interférence, des échanges.", "Et, elle était avec son ballon, puis elle devait écouter de la musique puisqu'elle se balançait avec son ballon. C'était super sympa !"</i>	<i>"Et après le conjoint, ça lui donne un autre rôle, une autre dynamique."</i>
Maternité C	Réunion d'information sur la péridurale. Préparation à la naissance. Entretien prénatal précoce. Parfois consultation d'anesthésie.	Pendant la grossesse, vers le 7 ^{ème} mois. Certaines connaissent déjà.	<i>"Souvent, leur mari est là."</i>	<i>"Je pense que c'est la même chose que pour une femme qui accoucherait sans péridurale."</i>	Non abordé

Maternité D	<p><i>"Les patientes se communiquaient bien sûr l'information", "Au début on faisait pas de l'information systématique en consultation. Après, très rapidement, les médecins, comme c'est de façon ponctuelle, en parlaient. Il n'y avait pas de support papier en ma connaissance."</i></p>	<p>Le jour de l'accouchement essentiellement.</p>	<p><i>"C'est à dire que les couples, on leur proposait, s'ils ne voulaient pas, ils ne voulaient pas. Donc, on faisait ça qu'à des gens qui étaient d'accords et plus que ça : demandeurs."</i></p>	<p><i>"Oui... Avec les couples c'était marrant, c'était très promotionnel. Ils adoraient ça."</i></p>	<p><i>"le mari avait un rôle très important. Puisque le mari ne devait pas quitter sa femme d'une semelle et devait lui tenir le bras pendant tout le circuit. On sollicitait beaucoup le mari."</i></p>
Maternité E	<p>Préparation à la naissance. Consultation d'anesthésie.</p>	<p>Pendant la grossesse.</p>	<p>"Aucun problème."</p>	<p>Pas de différence</p>	<p>Non abordé</p>

Analyse : Les freins et les propositions (Tableau 16).

	Freins	Propositions
Maternité A	<p><i>"J'ai l'impression que quand les femmes parlent de leur accouchement, elles sont souvent dans un fantasme de l'hyperactivité. Alors qu'en définitive, à proximité du terme, ou lors de leur accouchement les femmes ne sont pas si mobiles que ça."</i></p> <p><i>"il faut avoir une télémétrie performante"</i></p>	<p><i>"Il faudrait qu'il y ait un projet commun"</i></p> <p><i>"Il faudrait qu'il y ait un lien[...]sur le dossier pour qu'on puisse avoir un regard commun."</i></p> <p><i>"Je pense qu'il faudrait qu'elles soient informées au moment où elles sont inscrites à la maternité, avec une feuille d'information sur ces possibilités [...]Avec des réserves"</i></p>
Maternité B	<p><i>" Il faut du matériel qui soit fiable et solide."</i></p> <p><i>"Nous ce que l'on voit, c'est en consultation, elles sont hyper motivées pour marcher, ça leur plaît beaucoup. Et, dès qu'on les a en salle de naissance, c'est fini."</i></p>	<p><i>"il faut examiner les motivations de chaque partie prenante"</i></p> <p><i>"il y a quelque chose à travailler dans la préparation"</i></p> <p><i>"Comment on arrive à remotiver les équipes : c'est faire des formations continues."</i></p>
Maternité C	<p><i>" il y a beaucoup de femmes qui en parlent en consultation d'anesthésie, puis finalement il y en a très peu qui se bougent.",</i></p> <p><i>"comme elles sont un peu fatiguées [...]elles en profitent pour se reposer, elles ne vont pas forcément déambuler autant qu'elles le voulaient."</i></p>	<p><i>"Il y a une équipe de Caen qui est venue nous voir, elle pensait que s'était quelque chose de très compliqué. Elle s'est rendu compte qu'elle pouvait tout à fait le mettre en place sans changer quoi que ce soit. Il n'avait pas de télémétrie, mais le fait que dans une salle de travail, une femme puisse se bouger, c'est déjà énorme"</i></p>
Maternité D	<p><i>"On en pouvait faire qu'une à la fois parce que la télémétrie, il y avait des interférences."</i></p> <p><i>"il y a eu d'autres événements derrière qui se sont greffés ; c'est le re-mouvement de la maternité X"</i></p> <p><i>"on a eu trois méningites.", "Ca a beaucoup freiné l'équipe dans l'utilisation systématique de la rachianesthésie d'induction"</i></p>	<p><i>"on commençait à faire paraître des papiers qui remettaient en doute l'efficacité du truc sur le déroulement du travail. Mais, quelque part, secondairement c'était plus tellement l'objectif. Secondairement, c'était l'amélioration de l'humanisation de l'accouchement, de l'ambiance dans l'équipe, tout ça."</i></p>
Maternité E	<p><i>" les patientes n'étaient finalement pas très demandeuses.", "Elles réclamaient rapidement d'avoir une dose de péridurale plus forte.",</i></p> <p><i>"Le matériel maintenant est obsolète, on l'a plus."</i></p> <p><i>"On est deux maternités à avoir fusionné."</i></p>	<p><i>"Il faut de la préparation"</i></p>

Annexe 10 :

Exemple de protocole.

	MISE EN ROUTE DE LA DEAMBULATION SOUS ANALGESIE PERIDURALE	Page 2 sur 3 Référence : OPC/MATER/356 Indice de révision : 0
---	---	--

Les différentes étapes

1. Définition :

L'analgésie péri médullaire idéale permet à la parturiente de conserver au maximum toutes les modalités sensitives et motrices, hormis la nociception, et ainsi de déambuler au sein de la salle de naissance. Cette analgésie et la déambulation sont capitales pour la satisfaction maternelle, mais aucune étude randomisée n'a démontré un effet bénéfique de la déambulation ; cependant elles ont démontré l'absence d'interaction entre l'analgésie péridurale et le travail obstétrical.

2. Induction :

L'analgésie péridurale est réalisée avec de la ropivacaïne (NAROPEINE®) 1mg/ml (présentation obstétricale à 2mg/ml diluée de moitié avec du sérum physiologique) par un bolus selon la taille :

- 8ml/1.50m
- 12ml/1.65m
- 16ml/1.80m

Avec un bolus de 5 mcg de SUFENTA, mélangé à la ropivacaïne, chaque dose étant considérée comme une « dose test ».

La patiente est ensuite en décubitus dorsal pendant 20 mn avec surveillance de la pression artérielle (PA) par un tensiomètre automatique toute les 5 minutes. On passe 500 ml de Ringer Lactate par un cathéter 18G minimum.

3. Déambulation :

Une fois l'analgésie installée, et l'examen obstétrical satisfaisant, on envisage la verticalisation.

Celle-ci est progressive, en plusieurs étapes, avec prise de TA/2mn 2 fois à chaque étape, les étapes successives sont :

- Patiente demi assise sur le lit d'accouchement
- Patiente assise
- Patiente jambes pendantes au bord du lit
- Patiente les pieds à terre, toujours assise au bord du lit



MISE EN ROUTE DE LA DEAMBULATION SOUS ANALGESIE PERIDURALE

Page 3 sur 3
Référence :
OPC/MATER/356
Indice de révision : 0

- Patiente debout se maintenant à la barrière du lit
Donc déjà 10 prises de TA pour la mise en station debout.

Une fois debout et si tout va bien, la patiente va effectuer deux séries de cinq flexions complètes des membres inférieurs avec les fesses descendant jusqu'aux talons (cinq flexions en 30 secondes environ) avec deux prises de la PA après chaque série.

On surveille essentiellement les variations de la PA : une baisse de 20% de la PA (ex : de 120 à 100 de systolique) doit faire remettre en cause la possibilité de déambuler, de même qu'une sensation de malaise et/ou une faiblesse des membres inférieurs.

Lorsque la patiente part déambuler, elle doit être accompagnée d'un adulte. La sage femme lui prodigue alors tous les conseils de sécurité et les explications sur ce qui la fera revenir en salle de naissance.

4. Entretien :

Les réinjections sont « à la demande », identiques au bolus initial, effectué au lit de la parturiente, après tests d'aspirations répétés. L'échelle virtuelle analogique de cette douleur permettra tout au long du travail d'évaluer l'évolution de celle-ci. L'intervalle entre deux réinjections est généralement de 90 à 120mn ce qui permet la simultanéité avec les examens par la sage-femme.

Après chaque réinjection, la même procédure de surveillance hémodynamique, neurologique et musculaire est réalisée avant que la patiente ne puisse repartir déambuler.

Nous conseillons de ne pas attendre la réapparition de douleurs vives avant une nouvelle réinjection.

On pourra discuter, dans le contexte d'un travail à son début, la possibilité d'une alimentation orale légère et de boisson (H2).

BIBLIOGRAPHIE

1. Auvar d A, Caubet E. Conclusions g n rales. De l'anesth s ie chirurgicale et obst t ricale. Rueff et Cie. Paris; 1892. p. 248-53.
2. Lidec F. La douleur de la parturition et sa prise en charge. Doss Obst t riq ue. juill 2012;39(417):6-9.
3. Neuwirth L. Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement [Internet]. S n at : commission des affaires sociales; 1995 [cit e 31 mai 2014]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html#toc24
4. LOI n o 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et a la qualit e du syst me de sant e. code de la sant e publique mars 4, 2002.
5. La situation p rinatale en France en 2003 - Premiers r sultats de l'Enqu te nationale p rinatale [Internet]. [cit e 1 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf>
6. Blondel B, Kermarrec M. Enqu te nationale p rinatale 2010. Inserm; 2011 mai.
7. CIANE : Douleur et accouchement [Internet]. [cit e 2 mars 2014]. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2013/04/CPDouleurAvril2013.pdf>
8. CNGOF: quoi de neuf en analg s ie obst t ricale ? [Internet]. [cit e 13 fivr 2014]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1998_GO_247_fischer.pdf
9. Omarjee M. Techniques d'anesth s ie. 2013; Ecole de Sages-Femmes de Saint Antoine.
10. Evaluation d'une formation « accouchement physiologique » — enqu te avant-apr s [Internet]. EM-Consulte. [cit e 1 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/114414/evaluation-d-une-formation-accouchement-physiologi>

11. CIANE : une demande croissante pour des approches moins médicalisées [Internet]. [cité 1 juin 2014]. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>
12. CIANE : Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
13. Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Sect. 2, JORF n°0095 avr 28, 2008 p. 6638.
14. Puel I. La bien-traitance des parents et de l'enfant, un concept à développer par les professionnels de maternité? *Vocat Sage-Femme*. mars 2008;7(60):8-14.
15. La douleur - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. 2013 [cité 31 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>
16. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. août 2013;
17. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique : modalité de surveillance foetale pendant le travail. [Internet]. [cité 19 nov 2013]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf
18. ANAES. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal. [Internet]. 2002 [cité 19 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.besancon-cardio.org/recommandations/surveillance-rythme-foetal-anaes.pdf>
19. Bretelle F, Le Du R, Foulhy C. Surveillance fœtale continue ou discontinue, télémétrie et centrale d'analyse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2008;37(1):23-33.
20. Harkey KT, Casale MB, Pantelopoulos AA, Zurcher MA. Assessing the clinical use of a novel, mobile fetal monitoring device. *Obstet Gynecol*. mai 2014;123 Suppl 1:55S.

21. Karraz M. Démarrage difficile pour l'analgésie péridurale déambulatoire chez la parturiente en France. *Ann Fr Anesth Réanimation*. nov 2003;22(9):832-3.
22. Payen J-F, Frenea S, Chirossel C. MAPAR : la déambulation pendant le travail. 2002.
23. Karraz MA. Ambulatory epidural anesthesia and the duration of labor. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. févr 2003;80(2):117-22.
24. Vallejo MC, Firestone LL, Mandell GL, Jaime F, Makishima S, Ramanathan S. Effect of epidural analgesia with ambulation on labor duration. *Anesthesiology*. oct 2001;95(4):857-61.
25. Tibi N, Bizimungu J, Berardi JC. Oxytocic use and duration of labor under peridural ambulatory analgesia. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. nov 2001;30(7 Pt 1):674-9.
26. Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R, Baguet J-P, Racinet C, Payen J-F. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg*. janv 2004;98(1):224-9.
27. MAPAR : Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale [Internet]. [cité 1 mars 2014]. Disponible sur:
<http://www.mapar.org/article/pdf/659/Les%20nouveaux%20d%C3%A9fis%20de%20%E2%80%99analg%C3%A9sie%20obst%C3%A9tricale.pdf>
28. Wilson MJA, Macarthur C, Shennan A, COMET Study Group (UK). Urinary catheterization in labour with high-dose vs mobile epidural analgesia: a randomized controlled trial. *Br J Anaesth*. janv 2009;102(1):97-103.
29. Karraz M. Analgésie péridurale déambulatoire chez la parturiente. *Prat En Anesth Réanimation*. juin 2003;7(3):202-5.
30. antony-peridurale.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2014]. Disponible sur:
<http://www.generale-de-sante.fr/hopital-prive-d-antony/content/download/12813/147401/file/antony-peridurale.pdf>

31. Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale [Internet]. [cité 1 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf>
32. Le service d'anesthésie-réanimation. Accouchement ambulatoire : la péridurale qui marche. *StéthoSCOOP*. janv 1996;4(11):10.
33. Desfontaines-Ruffine N. La déambulation sous péridurale [Mémoire]. [Paris]: Ecole de sages-femme de la faculté de médecine Cochin-Port-Royal; 1998.
34. Goosens C. La déambulation sous rachipéridurale au cours du travail [Mémoire]. [Poissy]: Ecole de sages-femme Jeanne Sentubery; 1998.
35. Preston R. Walking epidurals for labour analgesia: do they benefit anyone? *Can J Anesth*. 6 janv 2010;57(2):103-6.
36. Aimé E. Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. [Mémoire]. [Lorraine]: Ecole de sages-femme Albert Fruhinsholz; 2014.
37. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
38. Code de la santé publique - Article R4127-11. Code de la santé publique.
39. Kuczkowski KM. Ambulatory labor analgesia: what does an obstetrician need to know? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 mai 2004;83(5):415-24.

Résumé :

Introduction : La péridurale déambulatoire permet d'améliorer la satisfaction maternelle en salle de naissance. L'objectif de l'étude était d'effectuer un état des lieux concernant cette méthode en Ile-de-France et d'identifier les freins et les leviers de sa mise place.

Matériel et méthode : L'étude s'est déroulée dans les maternités d'Ile-de-France en trois étapes :

- un questionnaire quantitatif a été adressé aux cadres sages-femmes pour connaître le positionnement des maternités,
- un questionnaire qualitatif a été adressé aux cadres sages-femmes des maternités ne souhaitant pas mettre en place la technique pour en connaître les raisons,
- des entretiens semi-directifs ont été mené avec les professionnels des maternités proposant ou ayant proposé la méthode pour identifier les freins et les leviers de sa mise en place.

Résultats : En Ile-de-France, la péridurale déambulatoire serait offerte par 4% des maternités et 34 % aimerait la proposer. Cependant, elle représenterait un investissement financier et humain important.

Conclusion : La démarche nécessiterait une implication professionnelle et maternelle. Le succès de cette approche se traduirait par une équipe et des couples motivés et informés.

Titre : La mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers.

Mots clés : péridurale - déambulatoire - confort - logistique

Nombre de pages : 53

Nombre d'annexes : 10

Nombre de références bibliographiques : 39

Abstract :

Background : Ambulatory epidural allows to improve maternal satisfaction in delivery room. The aim of the study was to review a current state in Ile-de-France about this method and to identify brakes and leverages of its establishment.

Methods : The study took place in the maternity hospitals of Ile-de-France in three stages :

- a quantitative questionnaire was sent to executive midwives to know the opinion of the maternity hospitals,
- a qualitative questionnaire was sent to executive midwives of the maternity hospitals not wishing to set up the technique, to understand the reasons,
- semi-directive interviews were led with the professionals of maternity hospitals, which propose or have proposed the method, to identify brakes and leverages of its establishment.

Results : In Ile-de-France, the ambulatory epidural would be offered by 4 % of maternity hospitals and 34 % would like to propose it. However, it would represent an important financial and human investment.

Conclusion : The approach would require a professional and maternal implication. The success of this approach would be motivated and informed team and couples.

Title : The establishment of ambulatory epidural : brakes and leverages.

Keywords : epidural - ambulatory - comfort - logistic

Number of pages : 53

Number of appendices: 10

Number of references : 39