



HAL
open science

Travail sous analgésie péridurale : représentations et réalité

Charlotte Nosley

► **To cite this version:**

Charlotte Nosley. Travail sous analgésie péridurale : représentations et réalité . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01587187

HAL Id: dumas-01587187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01587187>

Submitted on 13 Sep 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 22 mai 2017

par

Charlotte NOSLEY

Née le 06/03/1994

Travail sous analgésie péridurale : représentations et réalité

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

MAREST Cécile

Sage-femme enseignante

Ecole de sages-femmes de Baudelocque

JURY :

GUILLAUME Hélène

Sage-femme enseignante, Baudelocque

BERTHO Baptiste

Sage-femme enseignant, Baudelocque

BONNET Marie-Pierre

PH Anesthésie-Réanimation, Port Royal

Mémoire N° 2017PA05MA22

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Cécile Marest pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Merci également pour l'écoute attentive, la bienveillance et les conseils qu'elle a pu m'offrir tout au long de mes études.

Je tiens ensuite à remercier Sylvie Duquenois pour ses précieux conseils méthodologiques.

Je remercie également François Goffinet et Karine Hillion pour m'avoir permis de réaliser mon étude au sein de la maternité de Port Royal.

Je remercie plus largement l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'École de sages-femmes de Baudelocque pour m'avoir permis de mener à bien ma formation.

Je remercie l'ensemble de la promotion 2013-2017 pour ces 4 belles années passées ensemble. Merci également à l'Association des Etudiants Sages-Femmes de Baudelocque et à tous ceux ayant contribué et contribuant encore à la faire vivre.

Je remercie enfin mes parents, mon frère et ma sœur pour leur patience et leur soutien inconditionnel.

Table des matières

Liste des annexes	I
Lexique	II
INTRODUCTION	1
1. Quelques éléments historiques et épidémiologiques sur l'APD	1
2. Fonctionnement et effets de l'APD	2
2.1. Fonctionnement	2
2.2. Avantages attendus de l'APD	3
2.3. Conséquences usuelles de l'APD	3
2.4. Complications de l'APD	3
2.4.1. <i>Complications immédiates.</i>	3
2.4.1.1. Echec ou insuffisance d'efficacité	3
2.4.1.2. Asymétrie/ analgésie en damier	4
2.4.1.3. Effets secondaires	5
2.4.2. <i>Complications retardées.</i>	5
2.4.2.1. Lombalgies	5
2.4.2.2. Brèche dure-mérienne	5
2.4.2.3. Rachianesthésie totale et injection vasculaire accidentelle	5
2.4.2.4. Complications neurologiques	6
3. Information des parturientes sur l'APD	6
3.1. L'information : une obligation légale	6
3.2. Les sources d'information	7
4. Satisfaction des parturientes vis-à-vis de l'APD	8
5. Expérience personnelle : ouverture sur l'étude.	9
MATERIEL ET METHODES.....	11
1. Question de recherche, objectifs, hypothèses.	11
1.1. Question de recherche	11
1.2. Objectif principal	11
1.3. Objectifs secondaires.....	11
1.4. Hypothèses	11
2. Type d'étude	11
3. Matériel	12
3.1. Population	12
3.2. Description de l'échantillon	12
3.2.1. <i>Critères d'inclusion</i>	12

3.2.2.	<i>Critères d'exclusion</i>	12.
12 3.2.3.	<i>Justification des critères d'inclusion et d'exclusion</i>	12
4.	Méthode	14
4.1.	Grille d'entretien	14
4.2.	Déroulement des entretiens	15
4.3.	Stratégie d'analyse	15
4.4.	Considérations éthiques et réglementaires	16
RESULTATS ET ANALYSE		17
1.	Description de la population	17
2.	Que savent les femmes de la réalité pratique du travail sous APD ?	19
2.1.	Représentations du déroulement pratique du travail sous APD	19
2.1.1.	<i>Les sensations corporelles</i>	19
2.1.1.1.	Le soulagement des douleurs	19
2.1.1.1.1.	Délai d'attente avant la pose de l'APD	19
2.1.1.1.2.	Imperfections de l'analgésie	20
2.1.1.2.	Les capacités sensitives et motrices	21
2.1.1.2.1.	Capacités sensitives et motrices sous-estimées	21
2.1.1.2.2.	Capacités motrices surestimées	22
2.1.1.3.	Confort ou inconfort ?	24
2.1.2.	<i>Les gestes médicaux</i>	25
2.1.2.1.	Une pose redoutée du cathéter de péridurale	25
2.1.2.2.	Autres gestes médicaux	25
2.2.	Origines des représentations	26
2.2.1.	<i>Information de la part du corps médical</i>	26
2.2.1.1.	Les sources d'informations	26
2.2.1.1.1.	La consultation d'anesthésie	27
2.2.1.1.2.	Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité	27
2.2.1.1.3.	La réunion d'information sur l'APD	28
2.2.1.1.4.	L'entretien prénatal précoce	29
2.2.1.2.	Une information perçue comme pauvre	29
2.2.1.3.	Une mise en avant des avantages	30
2.2.1.4.	Une mise en avant de la liberté de choix	31
2.2.2.	<i>Représentations issus des témoignages (entourage et médias)</i>	32
2.2.2.1.	Les témoignages: un rôle central dans les représentations	32
2.2.2.2.	D'un extrême à l'autre	33
3.	Que souhaitent savoir les femmes sur la réalité pratique du travail sous APD ? Quel impact sur leur vécu ?	36
3.1.	Le fond de l'information	37
3.1.1.	<i>Les sensations corporelles</i>	37

3.1.1.1. Le soulagement des douleurs	37
3.1.1.1.1. Délai d'attente.....	37
3.1.1.1.2. Imperfections de l'analgésie	39
3.1.1.2. Capacités sensitives et motrices.....	40
3.1.1.2.1. Alitement.....	40
3.1.1.2.2. Inhibition des sensations et mouvements.....	41
3.1.1.3. Les effets indésirables.....	42
3.1.2. Les gestes médicaux.....	43
3.1.2.1. La surveillance rapprochée.....	43
3.1.2.2. Les sondages urinaires.....	44
3.2. La forme de l'information.....	45
3.2.1. Quand et par qui?.....	45
3.2.2. Comment?.....	46
3.3. L'impact de l'information sur le vécu de l'accouchement	47
DISCUSSION.....	50
1. Forces et limites de l'étude	50
1.1. Forces	50
1.2. Limites	51
2. Retour sur les hypothèses de départ	51
3. Propositions	53
CONCLUSION	55
Bibliographie	56
Annexes	61

Liste des annexes

Annexe I : Pose du cathéter de péridurale	62
Annexe II : Documents d'information sur l'APD	62
Annexe III : Grille d'entretien	66
Annexe IV : Grille de recueil de données	68
Annexe V : Explication orale de l'étude aux femmes	68

Lexique

- APD = Analgésie péridurale
- HAS = Haute Autorité de Santé
- L2, L3, L4 = 2^e, 3^e, 4^e vertèbres lombaires
- PNP = préparation à la naissance et à la parentalité - SA = Semaines d'aménorrhée
- SFAR = Société Française d'Anesthésie Réanimation
- PCEA = Patient Controlled Epidural Analgesia

INTRODUCTION

En France, en 2010, 78% des accouchements se déroulent sous APD(1). L'APD est réputée pour sa principale caractéristique : son efficacité contre les douleurs du travail et de l'accouchement. Elle possède cependant d'autres facettes qui, moins connues, ne sont parfois découvertes par les femmes que le jour même de leur accouchement, ce qui peut se révéler gênant voire déstabilisant.

1. Quelques éléments historiques et épidémiologiques sur l'APD

Dans notre civilisation judéo-chrétienne, le verset de la genèse « Tu enfanteras dans la douleur » scelle le destin de la femme qui enfante, en le liant à jamais à la douleur rédemptrice qui sauve la femme du péché originel. D'un point de vue profane, les douleurs de l'accouchement ont longtemps été considérées comme naturelles et inéluctables. Ainsi, en enfantant, les femmes « avaient leurs douleurs », dont le soulagement n'était pas une préoccupation.(2)

C'est à partir du XVII^e siècle qu'émerge progressivement la volonté d'atténuer les douleurs de l'accouchement (2), idée notamment soutenue par la sage-femme française Louise Bourgeois (3). Il s'est agi dans un premier temps de mettre en place des moyens simples pour mettre à l'aise la parturiente, consistant à veiller à la qualité de l'environnement matériel et psychologique autour de cette dernière (confort, réassurance etc.).

L'utilisation de l'anesthésie dans la prise en charge de la douleur obstétricale débute au XIX^e siècle, avec une prédominance dans les pays anglo-saxons. Parmi les différentes substances utilisées (protoxyde d'azote, éther, morphine...), l'inhalation de chloroforme, popularisée par son utilisation par la reine Victoria en 1853, a été la plus prégnante(2).

Dans les années 1930, des méthodes psychoprophylactiques de prise en charge de la douleur obstétricale voient le jour simultanément en Angleterre et en URSS. C'est Fernand Lamaze, obstétricien à la maternité des Bluets à Paris, qui, inspiré par les travaux des accoucheurs soviétiques Velvoski et Nikolaïev, fait émerger ces méthodes psychoprophylactiques en France. Il crée et propose une méthode reposant sur trois principes : premièrement un enseignement sur l'accouchement à l'aide de schémas et de films destinés à supprimer chez la future mère la peur de l'inconnu et de la douleur, deuxièmement une éducation physique d'instruction à la relaxation et à la respiration légère, troisièmement une éducation psychique agissant sur l'anxiété et tendant à supprimer la perception de la douleur par le cerveau.(2)

La première anesthésie péridurale est réalisée en 1901 en France par 2 urologues : les docteurs Sicard et Cathelin. Dans les décennies suivantes, la méthode se répand et se développe grâce à différents médecins et chercheurs en Espagne, Italie, Roumanie puis Etats-Unis(4). Elle se popularise aux Etats Unis à partir des années 1940, puis arrive en France dans le début des années 1970. Depuis lors, son utilisation n'a cessé d'augmenter, notamment de par l'instauration de son remboursement à 100% en 1994. 49% des femmes y avaient recours en 1995, 58% en 1998, 63% en 2003(5), pour arriver à un taux d'accouchement sous APD de 78% en 2010(1).

2. Fonctionnement et effets de l'APD

2.1. Fonctionnement

L'analgésie péridurale consiste en l'introduction d'un cathéter dans l'espace péridural, à un niveau inférieur à la 2^e vertèbre lombaire (entre L2 et L3 ou entre L3 et L4). Après anesthésie locale de la peau, l'espace péridural est atteint avec l'aiguille de Tuohy en traversant successivement la peau, l'espace sous-cutané, puis les ligaments sus-épineux, inter épineux et jaune [Annexe n°1]. Au travers de l'aiguille de Tuohy, le cathéter est monté en direction céphalique sur 4 à 5 centimètres, puis l'aiguille est retirée et le cathéter laissé en place. Les produits anesthésiques administrés par le biais de ce cathéter bloquent les stimuli nociceptifs, permettant de supprimer la sensibilité à la douleur. L'objectif est d'obtenir une analgésie remontant au moins jusqu'au niveau de la 10^e vertèbre thoracique (T10) tout en limitant au maximum le bloc moteur. (6) (7). Une fois le cathéter mis en place, l'analgésie s'installe progressivement : dans un premier temps les contractions sont ressenties plus courtes, puis moins intenses, pour n'être finalement plus douloureuses en environ 10 à 20 minutes.

La technique d'APD par PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) consiste en l'utilisation d'une pompe remplie d'anesthésique local et reliée au cathéter péridural. Elle délivre une dose en continu et/ou une dose que la patiente s'administre elle-même en actionnant le bouton de contrôle : elle est invitée à appuyer autant de fois que nécessaire sur le bouton de la PCEA en cas de douleur.(8)

En pratique, l'APD n'est posée que lorsque le début du travail est affirmé, c'est-à-dire lorsque la parturiente ressent des contractions utérines régulières et douloureuses associées à des modifications cervicales. Cela implique donc concrètement un laps de temps de durée variable entre le début des douleurs et la possibilité de les soulager par une APD.

2.2. Avantages attendus de l'APD

L'objectif premier des femmes souhaitant une APD est bien sûr le soulagement des douleurs dues au travail et à l'accouchement. L'APD est effectivement la technique la plus efficace pour satisfaire ce souhait.

Cependant, comme le détaille un article(6) du congrès MAPAR (Mises au point en anesthésie réanimation) de l'année 2000, là n'est pas le seul avantage de l'APD. En effet, la douleur, outre son retentissement psychologique, peut être délétère pour la mère et le fœtus car elle entraîne une augmentation du débit cardiaque (déjà élevé en fin de grossesse) qui peut atteindre, lors des efforts expulsifs, le double de celui observé habituellement en fin de grossesse, ainsi qu'une hyperventilation pouvant favoriser une hypoxie fœtale. L'APD prévient ces phénomènes qui sont habituellement sans conséquences mais qui peuvent avoir un retentissement important en cas de pathologie maternelle ou fœtale préexistante.

2.3. Conséquences usuelles de l'APD

Sauf dans le cas des APD déambulatoires, encore peu développées en France et absentes dans la maternité de notre étude, la patiente conserve une position horizontale ou assise une fois la pose de l'APD réalisée. L'APD permet en principe de supprimer les sensations douloureuses, tout en préservant une certaine capacité de mouvements permettant à la femme de changer de positions (décubitus dorsal, latéral, position semi-assise...). Cependant, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à se mobiliser peuvent s'observer.(9)

Par ailleurs, une difficulté transitoire pour uriner est fréquente, ce qui nécessite des sondages urinaires évacuateurs. (9)

Enfin, au moment de l'expulsion, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue.(9)

2.4. Complications de l'APD

2.4.1. Complications immédiates.

2.4.1.1. Echec ou insuffisance d'efficacité

L'enquête nationale périnatale 2010(1) constitue le plus fiable état des lieux concernant la période périnatale en France. En effet, elle a étudié l'ensemble des naissances avec un terme supérieur ou égal à 22 SA et un poids de naissance supérieur ou égal à 500g ayant eu lieu sur l'intégralité du territoire français pendant l'équivalent d'une semaine en mars 2010, ce qui représente un échantillon de 15187 femmes (et 15418 enfants). Selon cette dernière, l'efficacité de l'APD semble le plus souvent satisfaisante. En effet, les femmes sont 70% à déclarer que leur

APD a été très efficace et 20% à déclarer qu'elle a été assez efficace. Cependant, les 10% restant déclarent que leur APD a été peu (7%) ou pas du tout efficace (3%). La proportion de femmes insatisfaites de l'efficacité de leur APD est donc considérable puisqu'il s'agit d'1 femme sur 10.

Le mémoire de sage-femme de Vanessa Freitas soutenu en 2008 et évaluant auprès de 100 primipares leur satisfaction vis-à-vis de leur accouchement sous APD au CHU de Rouen(10) retrouve des chiffres relativement proches de l'enquête nationale périnatale 2010. Dans son étude, 85 femmes ont été suffisamment soulagées, bien que ce chiffre inclue 4 femmes soulagées tardivement après la pose de leur APD et 1 ayant nécessité une seconde pose d'APD. En revanche, 9 déplorent une efficacité partielle de leur APD, et 2 une inefficacité totale.

Ces imperfections ne retrouvent pas toujours d'explications. Elles sont cependant plus fréquentes en cas de faible expérience de l'anesthésiste, de problème anatomique chez la parturiente comme un surpoids, un œdème lombaire, des déformations rachidiennes importantes, un antécédent de chirurgie du rachis, ainsi qu'en cas de progression rapide du travail ou en fin de travail. Elles peuvent également être dues à un mauvais positionnement du cathéter dans l'espace péridural (passage du cathéter dans un trou de conjugaison, passage sous dural...), celui-ci étant susceptible de se déplacer lors des changements de positions des parturientes (d'autant plus en cas d'obésité).(11)

2.4.1.2. Asymétrie/ analgésie en damier

Il arrive que l'analgésie se répartisse de manière asymétrique, la douleur persistant alors d'un côté du corps. On peut y trouver plusieurs explications. Ainsi, la ponction peut ne pas avoir été réalisée de manière strictement médiane. De même, le cathéter peut avoir été enfoncé trop profondément dans l'espace péridural, son extrémité déviant alors complètement d'un côté avec pour conséquence une analgésie intense du même côté et une inefficacité de l'autre. L'asymétrie peut également avoir pour origine la présence d'un septum ou d'adhérences dans l'espace péridural. Il existe chez tous les sujets une structure médiane dans l'espace péridural allant de la simple bride à la membrane complète et pouvant, dans ce dernier cas, entraîner une analgésie unilatérale étendue. (11)

On peut tenter de résoudre ces situations par un retrait prudent du cathéter de quelques centimètres et un positionnement maternel du côté douloureux, bien que l'efficacité de ces manœuvres n'ait pas été prouvée. Il est parfois nécessaire de réaliser une nouvelle ponction péridurale.

Il est difficile de se rendre compte de la fréquence de l'asymétrie d'une APD. Le mémoire de sage-femme de Vanessa Freitas cité précédemment (10) en recense 3 sur les 100 femmes interrogées.

2.4.1.3. Effets secondaires

L'analgésie péridurale s'accompagne fréquemment d'hypotensions, qui constituent un facteur de morbidité fœtal de par la diminution du débit sanguin utérin qu'elles provoquent. Ceci justifie la surveillance régulière de la pression artérielle maternelle et la surveillance permanente du rythme cardiaque fœtal durant un travail sous APD. L'injection d'un vasopresseur, comme l'éphédrine, restaure facilement la pression artérielle maternelle.(6)

Des frissons sont parfois observés spontanément au cours du travail, la péridurale en accroît la fréquence et l'intensité. Parfois gênants, ils régressent habituellement une fois l'anesthésie installée. Un prurit peut également être observé.(6)

2.4.2. Complications retardées.

2.4.2.1. Lombalgies

Des lombalgies à type de douleur au point de ponction peuvent parfois être constatées en post-partum, elles sont temporaires (quelques jours) et sans gravité. Leur origine est essentiellement posturale, due à la position allongée prolongée. (6)

2.4.2.2. Brèche dure-mérienne

La brèche dure-mérienne se produit lorsque l'aiguille de Tuohy provoque une effraction dans les enveloppes méningées entourant le liquide céphalo-rachidien et les racines nerveuses, avec écoulement de liquide céphalo-rachidien dans l'espace péridural. Cet évènement rare (0,5 à 1% des APD) s'accompagne le plus souvent de fortes céphalées, aggravées par la position verticale, débutant le jour même de l'incident ou dans les 48 premières heures le suivant. Le traitement de référence de la brèche dure-mérienne est le « blood-patch », c'est-à-dire l'injection de sang autologue dans l'espace péridural. Ce dernier est cependant d'une efficacité inconstante puisqu'il échoue dans 1/3 des cas, nécessitant alors une réitération.(6)

2.4.2.3. Rachianesthésie totale et injection vasculaire accidentelle

La rachianesthésie totale se produit lorsque la dose prévue pour l'espace péridurale est accidentellement injectée dans l'espace intrathécal, c'est-à-dire au-delà des enveloppes méningées. Il en résulte un bloc moteur pouvant aller jusqu'à provoquer un arrêt respiratoire et/ou cardiaque.

L'injection vasculaire accidentelle se produit en cas de brèche vasculaire méconnue. Elle est d'une gravité extrême et peut nécessiter une réanimation. Elle se manifeste dans un premier temps par des symptômes tels qu'un goût métallique dans la bouche, des acouphènes, des fourmillements péri-buccaux, des vertiges, un malaise(7). Elle entraîne par la suite une perte de connaissance, des convulsions voire un arrêt cardio-circulatoire.(6)

2.4.2.4. Complications neurologiques

L'anesthésie péridurale peut provoquer une compression, du fait d'un hématome ou d'un abcès, ou une lésion traumatique de la moelle épinière. L'incidence de ces complications sévères se situe entre 3 et 17/100 000 en milieu chirurgical et son de l'ordre de 0,5/100 000 en obstétrique. (12–14)

Ces événements, d'une rareté extrême, peuvent être prévenus par l'application stricte de certaines précautions et règles d'hygiène. Il s'agit d'une part du respect de la fenêtre thérapeutique en cas de traitement par héparine pour la prévention de l'hématome, d'autre part du respect strict de l'asepsie et de la contre-indication chez la patiente septique pour la prévention de l'abcès, et enfin de l'injection lente, fractionnée et sans acharnement pour la prévention des lésions nerveuses traumatiques.(14)

3. Information des parturientes sur l'APD

3.1. L'information : une obligation légale

En tant que traitement médical, l'APD entre dans le cadre des articles L1111-2 et L1111-4 du Code de la Santé Publique.

Comme le dispose le premier de ces articles (15), toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Ceci comprend les « investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés ». L'article de loi impose donc aux professionnels de santé d'informer les parturientes à propos de l'APD, et plus précisément sur son **utilité**, ses **conséquences**, les **risques fréquents ou graves** normalement prévisibles et les **autres solutions** possibles, ainsi que sur les **conséquences prévisibles en cas de refus**. L'article de loi précise également que des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la HAS et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les recommandations les plus récentes émises sur le sujet par la HAS datent de 2012(16).

Le second article (17) pose la nécessité du **consentement libre et éclairé** du patient pour la réalisation de tout acte médical. Le caractère « libre et éclairé » du consentement impose logiquement que les « informations et préconisations » du professionnel de santé aient été correctement communiquées.

Il est à noter que malgré cette liberté de choix des parturientes, il existe des situations de contre-indication, ou au contraire d'indication médicale à l'utilisation d'une APD.

L'APD sera contre-indiquée en cas de refus de la patiente, d'allergie connue à l'une des substances utilisées, de risque hémodynamique (hypovolémie, état de choc, décompensation cardiaque...), de risque infectieux (infection localisée à proximité du point de ponction ou infection systémique

documentée), risque d'hématome péri-médullaire (troubles de l'hémostase, injection récente d'anticoagulants), ou autres risques liés à un terrain médical particulier de la patiente (18). A l'inverse, l'APD sera médicalement indiquée en cas de sur-risque d'extraction instrumentale ou de césarienne (grossesse multiple, présentation du siège, antécédent de césarienne...) ou en cas de difficulté anesthésique antérieure ou prévisible (intubation difficile...).

3.2. Les sources d'information

Selon les recommandations de la SFAR(18), il incombe à l'anesthésiste réanimateur de délivrer l'information sur l'analgésie péri médullaire. L'obstétricien et la sage-femme sont également tenus d'y contribuer au cours du suivi prénatal. Cette information est nécessaire pour, selon les termes de la HAS(16), permettre aux femmes de « prendre leurs décisions en connaissance de cause ».

L'information peut être donnée au cours des consultations de suivi de grossesse, réalisées par une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste.

Les séances de PNP réalisées par une sage-femme sont également une occasion d'aborder le sujet. Ces séances étaient historiquement centrées sur la prise en charge de la douleur de l'accouchement puis se sont orientées vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Le projet de naissance se définit comme la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple, et l'offre de soins locale(19). Ces séances, au nombre de 8, doivent être obligatoirement proposées aux femmes enceintes(20). La première séance, réalisée par une sage-femme ou un médecin, est consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1er trimestre (dit « entretien du 4e mois » ou « entretien prénatal précoce). Il s'agit d'un temps d'échange et d'écoute, au cours duquel la femme ou le couple peuvent exprimer leurs attentes, notamment par rapport à l'accouchement, évoquer leurs éventuelles difficultés médicales, psychologiques ou sociales et, si besoin, être orientés vers d'autres professionnels, comme un médecin spécialiste, un psychologue ou un assistant sociale.(21)

La consultation d'anesthésie, acte médical réalisé par un médecin anesthésiste, visant à évaluer l'état pré-anesthésique de la patiente (antécédents, allergies, nécessité d'examen complémentaires etc.), a en sus le rôle d'assurer l'information de la patiente et le recueil de son consentement à l'acte d'anesthésie (22). Des documents résumant l'information sont habituellement remis en fin de consultation. Ceux donnés à la maternité de Port Royal, lieu de notre étude, sont consultables en annexe. [Annexe 2]

Enfin, plusieurs maternités proposent une réunion d'information consacrée à l'APD. C'est le cas de Port Royal, où se déroule une fois par mois une séance d'information animée par un médecin anesthésiste. De nombreux points y sont abordés, notamment : la liberté de choix d'utiliser ou non l'APD tempérée par l'existence de contre-indications et d'indications médicales à cette

dernière ; le moment de pose de l'APD ; l'installation nécessaire à la pose comme la perfusion, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et surveillance de la pression artérielle ; la pose en elle-même avec les gestes de l'anesthésiste et la position de la parturiente ; le délais d'action de l'APD ; le fonctionnement de la PCEA ; et enfin des complications tels qu'un échec, une latéralisation, une perte de mobilité, une brèche dure-mérienne, ainsi que les moyens d'actions pour y faire face (seconde pose, blood patch etc.).

Par ailleurs, il est aisé de comprendre que l'image de l'APD dans l'esprit des femmes ne se construit pas uniquement sur les éléments apportés par le corps médical, mais aussi en grande partie par les témoignages qu'elles reçoivent de leurs connaissances ou même d'inconnus par l'intermédiaire des médias, notamment internet.

4. Satisfaction des parturientes vis-à-vis de l'APD

Une enquête publiée par le Ciane, Collectif inter associatif autour de la naissance, en 2013, intitulée « Douleur et accouchement »(23), analyse 8482 réponses de femmes ayant accouché en France entre 2005 et 2012. Il s'agit d'une enquête dont la participation se faisait de manière volontaire sur le site internet du Ciane, ce qui peut amener le biais d'une participation plus marquée de la part des femmes souhaitant faire connaître publiquement une insatisfaction. On note quelques différences entre les femmes ayant répondu au questionnaire Ciane et celles de la population générale : les premières sont 10% de moins à avoir eu recours à la péridurale. Ceci peut nous amener à supposer que les femmes ayant répondu à l'enquête sont globalement moins demandeuses d'APD et peut être plus critiques vis-à-vis de cette dernière. Cette étude présente donc l'avantage de regrouper un très large échantillon de femmes, ce qui est à tempérer par le fait que cette population ne soit pas tout à fait assimilable à la population générale.

Cette enquête fait état d'un bon taux de satisfaction des femmes ayant accouché sous APD puisqu'elles sont 71% à se déclarer très satisfaites ou plutôt satisfaites. Si l'on se place dans l'échantillon de femmes souhaitant initialement une APD et l'ayant obtenue, ce taux est encore meilleur : 78%. A l'inverse, comme on peut s'y attendre, les femmes ayant accouché sous APD contre leur souhait initial sont moins satisfaites : 44%. On note que la technologie PCEA semble être un facteur améliorant la satisfaction puisque les femmes en ayant bénéficié sont 76% à s'estimer très satisfaite ou plutôt satisfaite, contre 67% chez celles n'en ayant pas bénéficié. Il en est de même pour la péridurale ambulatoire qui est associée à un taux de satisfaction très bon ou plutôt bon de 79% (cependant ce résultat est moins interprétable dans la mesure où l'effectif des femmes concernées est très réduit : il s'élève à 366 femmes soit 4% des femmes interrogées).

Cette étude présente l'intérêt d'avoir recherché les motifs d'insatisfaction chez les femmes se déclarant plutôt insatisfaites ou très insatisfaites. On retrouve principalement un mauvais vécu de

« problèmes techniques » tels qu'une imperfection de l'analgésie (insuffisante, latéralisée, voire absente) ou la nécessité de plusieurs essais avant la réussite de la pose. On note également des témoignages d'insatisfaction liés à une trop grande perte des sensations empêchant la femme de se sentir actrice à part entière de son accouchement et la mettant parfois en difficulté lors des efforts expulsifs. Il a également été regretté par certaines femmes que la péridurale soit posée trop tard et n'ait par conséquent pas le temps d'être efficace. Un autre motif d'insatisfaction propre aux femmes souhaitant initialement se passer d'APD a été avancé : le sentiment d'avoir été forcée à la prendre pour des raisons médicales qu'elles n'ont pas forcément comprises.

5. Expérience personnelle : ouverture sur l'étude.

Au cours de ma pratique professionnelle en stage, j'ai plusieurs fois été amenée à constater l'incompréhension, le malaise, le désarroi, voire la colère de femmes confrontées à certains effets indésirables de l'APD de gravité modérée comme des blocs moteurs, latéralisations de la douleur, échecs de l'analgésie, ou confrontées à certains désagréments habituels de l'APD comme le délai d'attente avant la pose, l'impossibilité de se lever, les difficultés à se mouvoir, la nécessité de sondages urinaires évacuateurs, de faibles sensations durant l'expulsion etc.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études faisant un état de lieux des connaissances des femmes sur l'APD en France. Cependant, des études suggèrent que les parturientes méconnaissent effectivement certains effets indésirables modérés concernant le déroulement pratique d'un travail sous APD.

Le mémoire de sage-femme de Marion Veyrac paru en 2011(24) intitulé « Analgésie péridurale obstétricale : L'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ? » en est un exemple. 64 femmes enceintes à un terme supérieur ou égal à 37 SA, prises en charge au CHU de Grenoble, y ont été interrogées. Il leur a été demandé dans une question ouverte quels étaient selon elles les effets secondaires possibles d'une APD. En réponse, le risque d'engourdissement des jambes n'a été évoqué que par 21 d'entre elles (soit 33%), celui de nausées par 10 (soit 16%) ; celui de la diminution des sensations que par 7 (soit 11%), et ceux de prurit, d'hypotension, d'échec ou de latéralisation n'ont été respectivement mentionnés que par 4 femmes (soit 6%). Quant au risque de rétention urinaire transitoire, il n'a été cité par aucune d'entre elles.

La thèse pour le doctorat en médecine de Marie Ceyhan soutenue en 2014 (3) intitulée « Evaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique : enquête réalisée en suite de couches à la maternité de Vernon » comporte une partie évaluant les connaissances sur l'APD des 107 patientes incluses dans son étude. La formulation était différente de l'étude précédente : il s'agissait d'une série d'énoncés concernant l'APD qu'il fallait classer comme étant vrai ou faux. On y retrouve un manque de connaissances relatif sur le déroulement pratique du travail sous

APD, mais celui-ci est moins franc que dans l'étude précédente ; la tournure des questions pourrait en être en partie responsable. Seules 21% des femmes ont correctement répondu à l'énoncé concernant les difficultés urinaires transitoires, et 46% à celui concernant le risque d'hypotension. En revanche, 80% ont correctement répondu à l'énoncé traitant de la possibilité d'inefficacité de l'APD, et 89% à celui concernant le risque de lombalgies transitoires.

Il m'a semblé que ces événements peu ou pas graves (effets indésirables de gravité modérée et désagréments habituels de l'APD cités précédemment) avaient tendance à être négligés dans l'information faite aux femmes sur l'APD. Il s'agit pourtant d'éléments d'une relative voire d'une considérable fréquence, et qui influencent fortement la réalité pratique que vit la femme durant son travail et son accouchement.

Me trouvant alors par moments impuissante devant le désarroi de ces femmes, j'ai voulu réfléchir à la manière de les aider depuis ma place de future sage-femme. Il m'est alors apparu que le rôle de la sage-femme dans ces cas de figure est de préparer la femme à l'éventualité de ces désagréments afin qu'elle appréhende son accouchement sous APD en plus grande connaissance de cause, de manière à ce que son vécu en soit amélioré.

Cette réflexion m'a amenée à vouloir aller à la rencontre des femmes afin de me rendre compte dans quelle mesure l'idée qu'elles se font initialement du déroulement pratique du travail sous APD est en adéquation ou en décalage avec la réalité de leur expérience vécue. Puis, plus précisément, j'ai voulu rechercher ce que ces femmes auraient voulu savoir de plus en amont de l'accouchement et si ces informations auraient pu, selon elles, améliorer leur vécu.

MATERIEL ET METHODES

1. Question de recherche, objectifs, hypothèses.

1.1. Question de recherche

L'information des parturientes leur permet-elle d'appréhender de manière réaliste le travail sous APD ?

1.2. Objectif principal

Comparer les représentations des femmes sur le déroulement pratique d'un travail sous APD à la réalité de leur propre expérience.

1.3. Objectifs secondaires

- Identifier les éléments que les femmes auraient souhaité connaître avant le jour de l'accouchement à propos du déroulement pratique du travail sous APD.
- Evaluer l'impact de l'information à propos du déroulement pratique du travail sous APD sur le vécu des patientes.

1.4. Hypothèses

- Les femmes méconnaissent la réalité pratique d'un travail sous APD.
- Les femmes souhaitent être mieux informées en amont de l'accouchement sur la réalité pratique d'un travail sous APD.
- Les femmes considèrent qu'une meilleure information à ce propos améliorerait le vécu de leur accouchement.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative par entretiens semi-directifs individuels.

3. Matériel

3.1. Population

15 primipares souhaitant initialement une APD, ayant accouché spontanément par voie basse à terme à la maternité de Port Royal après au moins 2 heures de travail sous APD, d'un enfant vivant et viable, ayant suivi un programme de PNP (préparation à la naissance et à la parentalité) pendant la grossesse et ne travaillant pas dans le milieu médical.

Compte tenu des pratiques de Port Royal, toutes les patientes incluses ont bénéficié d'une APD par PCEA, laquelle a été posée par l'interne d'anesthésie de garde en première intention, ou, en cas d'échec, de difficulté ou d'indisponibilité, par l'anesthésiste de garde.

3.2. Description de l'échantillon

3.2.1. Critères d'inclusion

- Primiparité
- Souhait initial d'APD
- Accouchement par voie basse spontanée sous APD à terme (37 SA et plus)
- Enfant vivant et auprès de sa mère en suite de couches
- Durée du travail sous APD supérieure ou égale à 2 heures
- Participation à un programme de PNP en anténatal
- Maîtrise de la langue française

3.2.2. Critères d'exclusion

- Accouchement sans APD
- Accouchement par césarienne ou par voie basse avec extraction instrumentale
- APD d'indication médicale
- Antécédent d'APD
- Profession du milieu médical

3.2.3. Justification des critères d'inclusion et d'exclusion

De manière générale, nos critères d'inclusion et d'exclusion se veulent tous portés vers la sélection d'un échantillon s'approchant de la population générale afin qu'il soit relativement représentatif.

Dans un souci de communication, seules des femmes comprenant et parlant le français ont pu participer à l'étude.

Afin d'éviter toute expérience personnelle antérieure pouvant influencer la représentation du travail sous APD, il a été décidé de n'inclure que des femmes n'ayant jamais bénéficié d'une APD que ce soit durant un travail obstétrical ou une opération chirurgicale. Nous sélectionnons ainsi une population ne pouvant se représenter le travail sous APD que par les informations reçues ou recherchées à ce sujet. Pour correspondre à ces critères, les femmes doivent donc n'avoir aucun antécédent d'APD chirurgicale et être soit des primipares, soit des multipares n'ayant pas utilisé d'APD pour les accouchements précédents. Dans un souci de simplification de la recherche des patientes éligibles, il a été décidé de n'inclure que des primipares. En effet, il semble plus facile de rechercher des primipares que des multipares dont les accouchements précédents se soient déroulés sans APD. De plus, la primiparité est plus en accord avec les autres critères d'inclusion : le travail est classiquement plus long que chez les multipares et la préparation à la naissance est plus souvent réalisée.

Nous avons exclu les patientes ne souhaitant pas accoucher sous APD afin de nous placer dans le cas le plus couramment rencontré chez les primipares et afin d'éviter les éventuels biais qui pourraient être dus à la pose d'une APD à l'encontre du projet initial avec pour conséquence un mauvais vécu ou une déception. Nous avons voulu que l'APD ait été choisie et non imposée, c'est pourquoi nous avons également exclu les APD d'indication médicale.

Il a été préféré de ne choisir que des femmes ayant accouché par voie basse spontanée à terme, d'un enfant vivant et en état de santé suffisamment bon pour être présent auprès d'elles en suites de couches, afin de recueillir des témoignages correspondant à un contexte de travail et d'accouchement de déroulements normaux. Cela nous a semblé être un moyen adapté pour traiter la problématique de l'APD sans que l'entretien ne soit dominé par l'expression du vécu d'un élément perturbant tel que l'impact d'une extraction instrumentale, d'une césarienne en urgence, d'un mauvais état néonatal ou encore d'un accouchement prématuré.

Il nous a semblé nécessaire de parler à des femmes ayant eu un temps d'expérimentation du travail sous APD suffisamment long pour pouvoir en parler légitimement. Un temps minimum de 2 heures nous a semblé adéquat pour rassembler le vécu nécessaire et répondre à nos questions (expérimentation des sondages urinaires, prise de tension régulière, impossibilité de quitter le lit etc.)

Par ailleurs, dans un souci de représentativité relative, il a été choisi d'exclure les femmes travaillant dans le milieu médical car elles auraient eu des connaissances plus étendues sur l'APD que la population générale.

Enfin, nous avons pris le parti de n'inclure que des femmes ayant bénéficié d'un programme de PNP. Ce dernier point est discutable. En effet, les représentations que se font les femmes du travail sous APD ne sont qu'en partie alimentées par les informations reçues pendant les séances de PNP. Elles sont aussi largement alimentées par les expériences partagées par leurs proches, par leurs recherches personnelles, ou par leurs fantasmes. Il serait donc envisageable

d'inclure aussi bien des femmes ayant suivi un tel programme que des femmes n'en ayant pas suivi. Cependant, notre projet a pour vocation de comprendre quels sont les éléments que les femmes trouvent perturbant de découvrir le jour de l'accouchement, ce qui revient in fine à rechercher comment adapter au mieux l'information donnée aux femmes en anténatal. C'est pourquoi il nous a semblé préférable de ne nous entretenir qu'avec des femmes ayant suivi une PNP dans l'idée de mettre en relief les éléments inconnus des femmes malgré une information la plus optimale possible. De plus, en choisissant une population préparée, nous nous rapprochons du cas le plus répandu chez les primipares selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010(1).

4. Méthode

4.1. Grille d'entretien

Après avoir parcouru la littérature existante autour du sujet de l'APD et après avoir assisté plusieurs fois à la séance d'information spécifique à l'APD proposée par la maternité de Port Royal, nous avons rédigé une première version de notre grille d'entretien.

Je l'ai expérimentée sur 3 patientes à la maternité de Villeneuve-Saint-Georges, lieu qui m'était facilement accessible à ce moment-là, ce qui m'a permis de prendre de l'aisance dans la pratique de l'entretien semi-directif et de réaliser certaines adaptations de la grille d'entretien, notamment la prévision de davantage de questions de relance, la suppression de questions d'ordre administratif, dont les réponses étaient disponibles dans les dossiers, et la reformulation de certaines questions pour les rendre plus ouvertes.

La grille d'entretien se déclinait en 3 parties [Annexe 3].

Dans la première partie, la femme était interrogée sur le déroulement de sa grossesse (aussi bien médicalement que psychologiquement). Ceci avait pour but de déterminer le contexte et de comprendre l'état d'esprit dans lequel se trouvait la patiente avant son accouchement.

La deuxième cherchait à évaluer l'idée que se faisait la femme du travail sous APD avant d'accoucher. Pour cela, il lui était demandé quelles informations elle avait reçu de la part du corps médical mais aussi par ailleurs. Il lui était ensuite demandé quelles raisons avaient motivé son souhait d'avoir recours à une APD, et enfin quelle idée elle se faisait initialement d'un travail sous APD.

Enfin, la troisième partie avait pour but d'explorer l'expérience du travail et de l'accouchement de la femme. Il s'agissait de comprendre si l'expérience vécue était en accord ou au contraire en décalage avec les représentations initiales, et plus particulièrement de repérer quels éléments avaient pu étonner, voire déstabiliser la femme, pour finalement comprendre ce qu'elle aurait souhaité savoir de plus avant son accouchement et si cela aurait pu modifier son vécu. Une

série de thèmes ont été abordés : délais d'attente avant la pose, médicalisation du travail, sensations et mouvements, effets indésirables, dysfonctionnements. Afin de mettre en valeur les éléments spontanément exprimés par la femme, nous commençons par lui demander de manière générale si certaines choses l'avaient étonnée ou déstabilisée durant son travail, puis nous la laissons s'exprimer librement. Ce n'est que dans un second temps qu'on la questionnait sur les thèmes cités précédemment, en éludant ceux qu'elle avait déjà verbalisés afin d'éviter des redites.

Pour plusieurs questions, des relances étaient prévues pour aider la femme à développer ses réponses en cas de besoin. Ces relances n'ont pas systématiquement été utilisées.

4.2. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé les entretiens entre mi-mai et mi-septembre 2016 dans le service de suites de couches de la maternité de Port Royal, après l'obtention de l'accord du chef de service et de la cadre supérieure.

Les entretiens étaient réalisés au 2^e jour après la naissance, à des horaires fixés au cas par cas avec les différentes participantes, afin d'éviter autant que possible la fatigue exacerbée du 1^{er} jour et le retour au domicile se produisant fréquemment au 3^e jour.

En premier lieu, les primipares étaient repérées parmi la liste des patientes hospitalisées en suites de couches. Ensuite, leur dossier était exploré à la recherche des informations confirmant ou infirmant leur éligibilité. Étaient également extraits du dossier : l'âge, l'origine ethnique et d'éventuelles particularités de la grossesse ou de l'accouchement. Ces informations nous ont semblé importantes dans la mesure où elles pourraient contribuer à expliquer certains comportements ou réactions, par exemple une hospitalisation mal vécue pendant la grossesse qui expliquerait une forte aversion contre la médicalisation de l'accouchement. Ces informations étaient reportées dans une grille [Annexe 4].

Une explication orale de l'étude [Annexe 5] était faite aux femmes répondant a priori aux critères d'inclusion. Ceci était l'occasion de confirmer les éléments relevés dans leur dossier et de rechercher d'éventuelles informations nécessaires n'y figurant pas, notamment le fait que la péridurale ait initialement été souhaitée. Puis, après obtention de leur consentement oral, l'entretien était réalisé dans leur chambre d'hospitalisation.

4.3. Stratégie d'analyse

Nous avons procédé à une analyse thématique. Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et intégralement retranscrits afin de respecter l'authenticité des propos des femmes. Les principaux thèmes ressortant de nos entretiens ont été identifiés et les propos des femmes en rapport avec chacun d'eux ont été relevés puis mis en relation les uns avec les autres afin de faire émerger des points communs ou des différences.

Nous avons jugé notre nombre d'entretiens suffisamment important lorsque nous avons atteint le phénomène de saturation, c'est-à-dire que lorsque les derniers entretiens n'apportaient plus suffisamment d'éléments nouveaux par rapport aux précédents (25). Il y a eu 15 entretiens, d'une durée moyenne de 28 minutes (allant de 20 à 50 minutes).

4.4. Considérations éthiques et réglementaires

Le chef de service et la cadre supérieur de la maternité de Port Royal ont donné leur accord pour la réalisation de cette étude.

En début d'entretien, le consentement oral de la femme était demandé pour l'enregistrement audio, et son anonymat lui était assuré.

RESULTATS ET ANALYSE

1. Description de la population

La population de l'étude se constitue de 15 femmes, âgées de 25 à 37 ans, avec une moyenne d'âge de 30 ans. La majorité, 11 d'entre elles, est d'origine française ; 3 sont maghrébines (1 marocaine, 1 algérienne, 1 tunisienne) et 1 est géorgienne. Elles sont pour la plupart, 12 d'entre elles, entrées en travail spontanément, et 3 ont eu un déclenchement du travail. La période sous APD a duré en moyenne un peu plus de 8 heures (entre 5 et 11 heures). Pour le plus grand nombre, soit 12 femmes, la PNP a été réalisée en ville par une sage-femme libérale : en individuel pour 7 femmes et en groupe pour 5. Les 3 autres femmes ont suivi les séances de préparation en groupe proposées par la maternité de Port Royal.

Notre population se compose des 15 femmes suivantes :

- **Mélanie**, 33 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP individuelle en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 40+5 SA après 5 heures sous APD.
- **Corine**, 33 ans, Française, a vécu une grossesse marquée par une mastectomie pour cancer du sein, a suivi une PNP en groupe à Port Royal, est entrée en travail spontanément et a accouché à 40+1 SA après 9 heures sous APD au cours desquelles une inefficacité temporaire de l'APD s'est produite.
- **Miriam**, 32 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP en groupe à Port Royal, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39 SA après 10 heures sous APD.
- **Jeanne**, 37 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP individuelle en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+6 SA après 9 heures sous APD.
- **Laura**, 34 ans, Française, a vécu une grossesse marquée par une suspicion de séroconversion toxoplasmique secondairement infirmée, a suivi une PNP individuelle en ville, a été déclenchée pour grossesse prolongée et anomalies du rythme cardiaque fœtal et a accouché à 41+3 SA après 6 heures sous APD.
- **Pascale**, 31 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP individuelle en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+2 SA après 11 heures sous APD.

- **Baya**, 27 ans, Algérienne, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP individuelle en ville, a été déclenchée pour terme et col favorable et a accouché à 41 SA après 8 heures sous APD. Son APD a été inefficace durant les dernières minutes du travail et durant l'expulsion.
- **Héloïse**, 34 ans, Française, a obtenu sa grossesse par FIV après 6 ans d'infertilité, et a été hospitalisée 2 fois pour menace d'accouchement prématuré durant celle-ci. Elle a suivi une PNP individuelle en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 40 SA après 9 heures de travail sous APD. Une latéralisation de son APD s'est produite, nécessitant une 2^e pose.
- **Valérie**, 29 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP collective à Port Royal, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+1 SA après 7 heures sous APD.
- **Rachelle**, 26 ans, Française, a vécu une grossesse marquée par une menace d'accouchement prématuré, un déménagement à Paris depuis le sud de la France et le développement de migraines avec aura. Elle a suivi une PNP individuelle en libéral, a été déclenchée suite à plusieurs malaises vagues et a accouché à 40+4 SA après 10 heures sous APD. Au cours de son travail, elle a rencontré une inefficacité temporaire de son APD, puis un bloc moteur transitoire.
- **Fatim**, 25 ans, Marocaine vivant en France depuis 2 ans, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP collective en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+3 SA après 8 heures sous APD. Son analgésie a perdu son efficacité sur la fin du travail.
- **Béatrice**, 29 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP collective en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 40 SA après 8 heures sous APD au cours desquelles cette dernière n'a été que partiellement efficace (persistance de douleurs et latéralisation).
- **Tina**, 30 ans, Géorgienne vivant en France depuis 3 ans, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP collective en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+5 SA après 8 heures sous APD. Elle a rencontré un bloc moteur transitoire et une perte d'efficacité sur le dernier quart d'heure.
- **Houda**, 28 ans, Tunisienne vivant en France depuis l'âge de 5 ans, a vécu une grossesse de déroulement normal, a suivi une PNP collective en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+4 SA après 8 heures sous APD. Après plusieurs tentatives de pose d'APD sans efficacité, le soulagement des douleurs a pu être obtenu grâce à une rachianesthésie dont les effets se sont dissipés au bout de 2h. Une dernière pose est parvenue à diminuer l'intensité des douleurs sans les abolir.

- **Gwenaëlle**, 32 ans, Française, a vécu une grossesse de déroulement normale, a suivi une PNP collective en ville, est entrée en travail spontanément et a accouché à 39+1 SA après 5 heures sous APD.

2. Que savent les femmes de la réalité pratique du travail sous APD ?

Nous tenterons dans cette partie de nous rapprocher de l'objectif principal : comparer les représentations des femmes sur le déroulement pratique d'un travail sous APD à la réalité de leur propre expérience.

2.1. Représentations du déroulement pratique du travail sous APD

Quelques-unes des femmes de notre étude concluent à une expérience pratique de l'accouchement sous APD « *assez conforme* » à leurs représentations initiales. Jeanne nous déclare ne pas avoir « *découvert d'éléments nouveaux* », et Tina résume ainsi : « *Plus ou moins ce que j'imaginai c'est ce qu'il s'est passé* ».

Ce point de vue n'est cependant pas dominant dans notre échantillon où la majorité des femmes décrivent plutôt « *une sorte de décalage* », pour reprendre les termes de Gwenaëlle. Ce dit « décalage » traduit aussi bien de bonnes que de mauvaises surprises.

2.1.1. Les sensations corporelles

2.1.1.1. Le soulagement des douleurs

Toutes les femmes de notre échantillon s'attendaient, à raison, à ce que leur APD leur apporte un soulagement des douleurs du travail et de l'accouchement.

2.1.1.1.1. Délai d'attente avant la pose de l'APD

La majorité des femmes interrogées était consciente que l'APD ne les affranchirait néanmoins pas de toute douleur, en raison du laps de temps entre le début des contractions et la pose de l'APD puis de son délai d'action. Cependant, ce dernier élément n'était pas évident pour 2 femmes.

Fatim pensait que l'APD pourrait être posée dès le début des contractions et imaginait ainsi éviter toute douleur : « *J'avoue, je m'imaginai ne pas du tout du tout ressentir de douleurs.* ». Rachel non plus n'avait pas intégré « *qu'il fallait attendre* ».

Elles n'avaient toutes deux pas non plus compris qu'il existait un délai après la pose de l'APD avant que l'analgésie ne soit effective :

« Ce que je m'imaginai, c'est que tout de suite après la pose je n'allais rien ressentir jusqu'à la délivrance. (...) Or là, la réalité des choses, c'est que quand on me pose la péridurale, il faut quand même quelques temps pour que ça agisse. C'est cette période-là, le temps que ça agisse, où je continue quand même à ressentir des douleurs ». (Fatim)

« Ce que je savais pas non plus c'est qu'il faut attendre l'effet de la péridurale. Moi je croyais que dès qu'on mettait le cathéter tout de suite on injectait, on sentait, c'était bon quoi ! En fait y a un temps quand même, y a 15-20 minutes. » (Rachelle)

2.1.1.1.2. Imperfections de l'analgésie

En ce qui concerne les imperfections de l'analgésie qui, comme cela a pu être développé en introduction, ne sont pas des événements très rares, les connaissances des femmes sont davantage lacunaires.

En effet, un tiers des femmes de notre enquête n'avait pas conscience de la possibilité d'efficacité insuffisante, d'inefficacité temporaire, ou d'échec pur et simple de l'APD. Elles ont pourtant été plusieurs à en faire l'expérience, à des degrés plus ou moins importants : un échec d'APD pour l'une d'entre elles, un soulagement de faible puissance pour une autre et enfin, une ou plusieurs périodes d'inefficacité de l'analgésie au cours du travail pour 5 d'entre elles. Ces phénomènes ont conduit à de l'incompréhension et de la déception :

« Je pensais que ça allait être continue, que j'allais avoir aucune douleurs. Mais en fait, pas du tout. » (Houda)

« Je pensais pas que ça allait effacer complètement les contractions, mais que ça allait être beaucoup moins présent.

(...) Il fallait que je les gère quand même. Je pensais que j'aurais beaucoup moins à les gérer. » (Béatrice)

« J'avais beau appuyer sur les doses, j'ai vraiment senti la petite passer. (...) C'était douloureux. » (Baya)

« J'avais l'impression qu'ils avaient coupé. (...) Du coup je ne peux plus rien faire : il faut assumer les douleurs.

(...) Je peux le dire : en gros à la fin ça n'a pas eu d'effet. » (Fatim)

« Ça m'a fait de la peine par ce que c'était juste horrible, j'ai tout senti... » (Tina)

« La péridurale c'est génial mais il faut que ça marche jusqu'au bout ! » (Corine)

De plus, même dans les cas où cette notion d'inefficacité possible est connue intellectuellement, elle n'amène pas nécessairement à une appropriation de ce risque. C'est ce que nous confie avoir pensé Houda, consciente de cette éventualité mais en parlant en ces termes : « Oui, c'est possible, mais ils sont obligés de bien me le faire, ils ont pas le choix ! [rire] ». Il en est de même pour Béatrice nous déclarant à ce propos : « Je m'en doutais, même si je pensais pas que ça m'arriverait. ».

La possibilité de latéralisation de l'analgésie (vécu par 2 des femmes interrogées), était quant à elle ignorée par les 2 tiers de notre échantillon. Cet élément a souvent été énoncé le jour même de l'accouchement, ou simplement compris suite aux questions de l'anesthésiste :

« C'est vrai qu'ils m'ont posé pas mal de questions pour savoir si je ressentais des choses à gauche, à droite... Mais non, ça je savais pas. » (Mélanie)

« On m'a demandé si je sentais plus de douleur à droite ou à gauche. Et donc là j'ai compris qu'il pouvait y avoir un souci éventuellement à ce niveau-là. » (Corine)

« Ca je savais pas, mais on me demandait tout le temps pendant l'accouchement si j'avais plus mal à droite ou à gauche. » (Valérie)

On constate en définitive que les femmes interrogées sont bien évidemment conscientes des effets apaisants de l'APD sur les douleurs du travail, tout en connaissant pour la plupart, mais pas pour toutes, la nécessité d'endurer des contractions avant de pouvoir en bénéficier. En revanche, les possibles imperfections de l'analgésie ne sont pas aussi bien connues. On peut globalement dire qu'elles le sont par la moitié de notre échantillon.

2.1.1.2. Les capacités sensibles et motrices

Les femmes interrogées étaient pratiquement toutes lucides sur le fait qu'elles devraient rester alitées une fois l'APD posée, et qu'il était possible que leur APD provoque une sensation de jambes lourdes, une difficulté à se mobiliser ou une diminution des sensations de poussée, voire un bloc moteur en cas de dose trop importante.

2.1.1.2.1. Capacités sensibles et motrices sous-estimées

Cependant, cette notion est facilement exagérée dans l'esprit des femmes qui se figurent souvent une image archaïque de l'APD, provoquant une insensibilisation totale ou quasi totale de la partie inférieure de leur corps :

« Je pensais avoir beaucoup moins de sensations. » (Pascale)

« Je m'attendais à ne pas trop sentir mes jambes. » (Baya)

« Je pensais qu'on sentait vraiment pas les jambes. » (Valérie)

Dans le même esprit, il n'est pas rare qu'elles imaginent un bloc moteur systématique :

« Qui dit péridurale dit bloquée du dos, bloquée des jambes... » (Baya)

« Moi je pensais qu'on était vraiment paralysée, enfin paralysée c'est un grand mot, mais anesthésiée, une anesthésie générale, entre guillemets, en bas. » (Houda)

De plus, même sans bloc moteur, elles s'imaginent facilement immobilisées « par peur d'arracher quelque chose dans le dos ». (Béatrice)

Cette représentation de forte inhibition des capacités sensibles et motrices constitue pour certaines femmes une source d'angoisse importante. Corine nous confie ainsi qu'elle craignait que les pertes de sensations dues à l'APD l'empêchent de vivre pleinement son accouchement :

« J'avais vraiment peur, du coup, de ne plus sentir rien du tout (...) d'être complètement dépossédée de ça. C'est ce qui m'inquiétait le plus. »

Les propos de Jeanne font transparaître cette même idée de dépossession de l'accouchement qui est associée à l'APD. Elle décrit en effet son rôle en ces termes : « *aider l'équipe pour faire naître le bébé* », ne se plaçant donc pas en actrice principale. Elle nous livre de surcroît les doutes qu'elle a pu avoir sur ses capacités à jouer ce rôle, compte tenu des répercussions de l'APD qu'elle craignait. Elle s'interrogeait elle-même en ces termes : « *Est-ce que je sentirai quand il faut pousser ? Est-ce que je serai à même d'aider, en fait, l'équipe en face pour faire naître le bébé ?* ».

On constate finalement que la plupart ont été, comme Valérie, « *agréablement surprise[s]* » de la bonne conservation de leurs sensations et capacités motrices. Le ressenti de Mélanie, dont l'APD a eu un fonctionnement normal, est assez représentatif de notre échantillon : « *Je pensais être plus rigide que ça. Les jambes je les sentais bien, je pouvais les bouger bien. (...) On m'avait dit « il faudra qu'on vous aide à porter vos jambes etc », mais moi j'arrivais à soulever la jambe sans problèmes.*»

La dissociation entre douleur et sensations, c'est-à-dire être capable de sentir sans avoir mal, concept souvent difficile à comprendre avant d'en faire l'expérience par soi-même, a été découvert avec bonheur par plusieurs de nos enquêtées, et qualifié de « *super* » (Pascal), « *génial* » (Jeanne), voire « *magique* » (Corine).

2.1.1.2.2. Capacités motrices surestimées

Elles sont tout de même quelques-unes, à l'inverse, à avoir négligé les limitations motrices inhérentes au travail sous APD.

Le simple fait de ne pas pouvoir se lever du lit après la pose de l'APD, dans la mesure où Port Royal ne pratique l'APD déambulatoire, n'était pas connu par 2 des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues. Ainsi, Fatim, malgré le parcours classique qu'elle a respecté (suivi de grossesse, consultation d'anesthésie, PNP), nous avoue qu'elle pensait : « *Si je veux aller aux toilettes oui, oui je pourrais me lever, avec une infirmière, tout ça, prendre la perfusion jusqu'aux toilettes* ».

Rachelle, quant à elle, avait bien compris qu'elle ne pourrait pas marcher, mais n'imaginait pas pour autant devoir rester en position allongée ou semi-assise. Elle pensait avoir la possibilité de se mettre debout, d'utiliser le ballon prénatal pour se mobiliser etc., ce qui n'a pas été le cas : « *Le fait de pas pouvoir marcher on m'avait dit (...) mais je savais pas qu'une fois que j'aurais la péridurale je pourrais pas me relever du lit. (...) Je pensais faire le ballon, pour l'aider à descendre, mais une fois qu'on a la péridurale on peut plus (...) ça je savais pas* ».

Miriam, de même, était bel et bien avisée de l'impossibilité de se lever, mais a malgré tout été surprise dans la mesure où elle imaginait avoir la mobilité suffisante pour réaliser des mouvements d'haptonomie, ce qui n'a pas été le cas : « *C'est un peu surprenant sur le moment. Nous on avait suivi des cours d'haptonomie, et c'est vrai qu'on nous avait appris tout plein de gestes à réaliser lors des*

contractions. Et finalement, bah on peut pas trop les faire par ce qu'effectivement on est déjà dans un état second avec la péridurale et puis on est accrochée, donc ça change un petit peu tout. »

Ces différents exemples nous montrent que les femmes ne mesuraient pas tous les impacts liés à l'immobilisation.

La possible diminution de l'envie de poussée et des sensations en général en cas de dosage important n'était pas non plus évidente pour toutes.

Rachelle, qui a eu la malchance de perdre ses sensations en fin de travail ce qui l'a gêné dans ses efforts expulsifs, n'avait pas envisagé cela comme possible : *« Pour pousser (...) j'ai eu une surdose et je sentais plus mes jambes, plus rien du tout, et euh... bah... c'était particulier. (...) Je pensais pas quand même qu'on pouvait ne rien sentir du tout. »*

Ces phénomènes sont facilement mal vécus car ils engendrent un sentiment de perte d'autonomie.

C'est ce que nous exprime Tina, dont l'APD a selon elle trop inhibé ses sensations et ses mouvements, en nous expliquant qu'il est désagréable de *« demander de l'aide à d'autres personnes alors qu'on peut bien le faire nous-même »* pour des gestes simples comme un changement de position. Ce sentiment est d'autant plus important lorsqu'il concerne la naissance de son enfant : *« Je posais la question à chaque fois au médecin « est ce que il y a une contraction ? » pour que je puisse pousser mon bébé. Et ce sentiment, je n'aimais pas du tout (...) C'est pas du tout agréable par ce qu'on n'est plus préparée par nous même quand il y a une contraction. »*

Valérie exprime la même idée mais en ce qui concerne la période du post-partum immédiat. Selon elle, la perte d'autonomie relative pendant le travail sous APD, comme ne pas pouvoir se lever ou avoir besoin d'assistance, est acceptable dans la mesure où elle est occultée par l'immense soulagement que représente la suppression des douleurs. En revanche, une fois l'accouchement terminé, il s'opère un *« changement de hiérarchie, de priorités »*, et l'absence d'autonomie sur certains points (*« le fait de remonter dans sa chambre dans un brancard, des trucs comme ça »*) est moins bien acceptée : *« On veut retrouver ses jambes (...) ça on peut peut-être pas très bien le vivre »*. Rachelle souligne le même point que Valérie : *« Après la péridurale on doit attendre, on doit pas se lever de suite, on doit faire attention à pas mal de chose donc... ça je savais pas. »*

Au total, nous pouvons relever d'une part, que les effets de l'APD sur les sensations et les capacités de mouvement sont facilement fantasmés et exacerbés dans l'esprit de ces femmes, devenant une source d'appréhension ; et d'autre part, que s'ils peuvent sembler évidents pour une part importante des femmes enceintes, ils ne sont en pratique pas connus de toutes, ce qui est de nature à conduire à une déception et un sentiment de perte d'autonomie.

2.1.1.3. Confort ou inconfort ?

Les femmes interrogées expriment pour plusieurs qu'elles souhaitaient accoucher sous APD « *pour être rassurée* », qu'elles en avaient une image apaisante, la voyant comme un moyen d'« *y aller en douceur* », de « *passer une bonne journée* » de « *mieux accompagner l'accouchement psychologiquement* », d'« *avoir le meilleur de l'accouchement* ». Tout cela renvoie à une image de confort.

Il peut donc paraître paradoxal qu'une notion de gêne ou d'inconfort et à fortiori de traumatisme soit évoquée dans la représentation du travail sous APD. Cependant, on constate que plusieurs femmes de l'enquête avaient une représentation inconfortable du travail sous APD, du moins en partie :

« *Je pensais que ça serait plus gênant d'avoir quelque chose derrière le dos.* » (Mélanie)

« *J'appréhendais de me sentir pas bien, d'être nauséuse (...) je m'attendais à être engourdie, finalement à pas être bien, et finalement... c'était bien [rires]* » (Pascale)

« *Y a une appréhension, on sait qu'il y a des fils, des câbles et tout, on a l'impression qu'on va tout arracher.* » (Béatrice)

Laura va même jusqu'à dire qu'elle s'attendait à « *quelque chose d'assez choquant* », qu'elle avait peur que la péridurale soit « *traumatisante pour le corps* ».

On peut noter que, malgré ces notions d'inconfort évoquées par les femmes, très peu (2/15) avaient conscience des effets indésirables survenant classiquement lors d'un travail sous APD, à type de prurit et de tremblements. Elles sont pourtant majoritaires (12/15) à avoir ressenti au moins l'un de ces effets secondaires, si ce n'est les 2.

On peut donc voir que les notions de confort et d'inconfort s'entremêlent au sein des représentations des femmes sur le travail sous APD. Les espoirs de confort sont en pratique le plus souvent satisfaits, bien que les imperfections imprévisibles de l'analgésie puissent conduire à quelques déceptions. Quant aux craintes d'inconfort voire de traumatisme pour le corps, facilement exacerbées dans l'esprit des femmes, elles sont souvent bien moindres en pratique.

2.1.2. Les gestes médicaux

2.1.2.1. Une pose redoutée du cathéter de péridurale

Plus de la moitié des femmes évoquent spontanément qu'elles redoutaient beaucoup la mise en place de l'APD. Plusieurs imaginaient une « *injection douloureuse* » (Mélanie), qui « *faisait très mal* » (Houda) voire même « *une énorme douleur* » (Pascale). Houda va jusqu'à dire qu'elle redoutait « *plus la péridurale que l'accouchement en lui-même.* »

L'aiguille de Tuohy est en elle-même une importante source d'angoisse. Une image effrayante de cet instrument est véhiculée entre femmes :

« *On m'avait parlé d'une longue aiguille.* » (Rachelle)

« *Y a un peu un stress autour de l'aiguille.* » (Gwenaëlle)

« *On entend toujours parler des femmes qui ont accouché, de l'aiguille...* » (Laura)

Le discours des professionnels semble parfois lui aussi contribuer à cette peur vis-à-vis de la pose de l'APD :

« *Cette peur, parce qu'on m'a dit que si je me positionnais pas bien du coup ça allait mal se passer, ça allait mal se faire...* » (Corine)

« *Faut faire le dos rond, faut pas bouger, faut surtout pas respirer...* [Soupir] » (Gwenaëlle)

En pratique, aucune femme ne garde un souvenir pénible de ce moment qui s'est déroulé bien plus facilement que ce qu'elles craignaient. Le ressenti de Rachelle est typique : « *C'est moins pire (...)* pas du tout quelque chose de dramatique à laquelle je m'attendais avec la grosse pique et tout. »

Comme on peut aisément le comprendre, la douleur occasionnée par l'insertion du cathéter de péridurale est souvent considérée comme négligeable face à la douleur des contractions :

« *Je pensais que ça faisait plus mal quand on la pose, mais en fait par rapport aux contractions j'en avais rien à faire.* [rires] » (Héloïse)

« *J'avais tellement eu mal aux contractions, que même la pique pour anesthésier la zone on la sent presque pas.* » (Rachelle)

2.1.2.2. Autres gestes médicaux

Les gestes médicaux, autres que la pose du cathéter de péridurale, ne semblent pas occuper une place importante dans les représentations des femmes d'un travail sous APD dans la mesure où ils ne sont que très peu abordés spontanément par ces dernières.

En les interrogeant spécifiquement à ce propos, on constate que la moitié n'imaginait pas une surveillance rapprochée de la tension par gonflements répétés du brassard, et que les 2 tiers n'avaient pas conscience de la nécessité d'effectuer des sondages urinaires évacuateurs.

Il est intéressant de noter que la plus grande dépendance à l'équipe médicale qu'engendre l'utilisation de l'APD n'est pas toujours parfaitement comprise en amont de l'accouchement. Par exemple, Miriam nous explique que les renseignements qu'elle a reçus à propos de la PCEA lui donnaient une impression d'autonomie, de gestion complète de sa propre analgésie. Ainsi, lorsqu'elle s'est rendu compte sur le moment qu'il y avait parallèlement des injections automatiques d'analgésiants dans le cathéter péridural, elle s'est sentie dépossédée, en perte de contrôle sur son corps :

« Par exemple moi on m'avait pas informée que automatiquement, toutes les 25 minutes, je recevais une dose d'anesthésiant. On me l'avait pas dit. On m'avait dit « oui vous pouvez manipuler seule votre dosage » et finalement nan, à un moment donné je ressens des fourmillements comme si on venait de m'injecter une dose, et c'était pas moi. Et du coup là je l'apprends, et c'est vrai que c'est moins agréable d'apprendre les choses comme ça parce que du coup on est plus maître de son ... de se droguer. »

Pour conclure, on peut globalement statuer sur un décalage entre les représentations des femmes sur le travail sous APD et la réalité de leur expérience. Ce décalage existe à la fois dans un sens positif et dans un sens négatif. En effet, comme nous avons pu le constater, les femmes sont souvent agréablement surprises de la relative simplicité de la mise en place très redoutée du cathéter de péridurale, ainsi que de la conservation de leurs sensations et de leur liberté de mouvement. A l'inverse, la survenue d'imperfections de l'analgésie ou d'effets indésirables, ainsi que la limitation de l'autonomie, fréquemment ignorées et découvertes sur le moment, sont source de déception.

2.2. Origines des représentations

2.2.1. Information de la part du corps médical

Pour rappel, l'objectif n'est pas ici de faire l'inventaire ni d'évaluer l'ensemble des informations données au sujet de l'APD mais de se concentrer sur celles concernant le déroulement pratique d'un travail sous APD.

2.2.1.1. Les sources d'informations

Le sujet de l'APD a été abordé au moment de la consultation d'anesthésie pour toutes les femmes, lors des séances de PNP pour toutes les femmes sauf 1, lors de l'entretien prénatal précoce pour 1, et lors de la réunion d'information proposée par la maternité pour 1.

2.2.1.1.1. La consultation d'anesthésie

Selon les femmes, la consultation d'anesthésie n'a amené que peu d'éléments d'information concernant le déroulement pratique du travail sous APD. Cependant, elles évoquent avoir été informées de la technique de pose de l'APD et de la position à adopter au moment de celle-ci, la majorité ayant pu simuler cette position.

Il est rare que des femmes se souviennent d'autres éléments d'information donnés à ce moment-là : 2 femmes disent avoir été rassurées sur la persistance de sensations et d'une mobilité sur le lit, et 1 seule déclare avoir été informée de certains effets indésirables comme nausées et hypotensions. Une fiche d'information complémentaire était remise en fin de consultation.

Pour la plupart des femmes de l'étude, le caractère médical de la consultation d'anesthésie ; avec la recherche des allergies, des contre-indications etc., a largement prédominé sur son caractère informatif. Elles sont nombreuses à confier leur déception vis-à-vis de cet entretien perçu comme très court et peu enrichissant :

« C'était très furtif l'échange, c'était un peu à la chaîne. » (Miriam)

« J'ai eu l'impression que la consultation a servi strictement à rien, il m'a pas donné d'info en plus que ce que j'avais déjà. » (Gwenaëlle).

« Il a été très rapide. (...) L'anesthésiste n'était pas du tout là pour répondre aux questions de la péridurale. » (Baya).

On remarque que les consultations d'anesthésie faites dans le cadre d'une hospitalisation, ce qui concerne 2 des patientes interrogées, ont comporté encore moins d'information sur le déroulement du travail sous APD. Lors de leurs consultations, réalisées en urgence en chambre d'hospitalisation, l'anesthésiste a assuré la part médicale indispensable, mais la part informative y a apparemment été négligée. En effet, contrairement aux autres femmes interrogées, elles n'ont pas reçu d'explications sur les modalités de pose ni sur la position à adopter, et ne se sont pas vu remettre les documents écrits. Il semble donc qu'il existe un défaut particulièrement important d'information en ce qui concerne les consultations d'anesthésie pratiquées durant les hospitalisations.

2.2.1.1.2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

La quasi-totalité des femmes interrogées a pu aborder le sujet de l'APD au cours des séances de PNP, mais de manière plus ou moins poussée. Pour la majorité, les explications portaient sur le moment de la pose de l'APD, le geste en lui-même, avec utilisation fréquente de planches anatomiques, et le soulagement attendu. Seules 3 femmes se souviennent avoir été

prévenues de certains effets indésirables comme des sensations de jambes lourdes ou une diminution de la sensation de poussée.

Cependant, certaines femmes ont constaté que la place de l'APD dans la PNP avait été négligée. En effet, Fatim rapporte que sa sage-femme s'est limitée à s'enquérir des choix des différentes femmes vis-à-vis de l'APD sans aller plus loin dans les explications. Rachelle, quant à elle, a trouvé que l'information était plutôt axée sur l'éventualité d'un travail sans APD :

« Elle nous a surtout expliqué que c'était pas grave si on l'avait pas. C'était surtout dans cette optique-là. Que c'était pas grave si c'était trop tard, si on arrivait trop tard, c'était pas non plus un monde, qu'il y avait les exercices avec le ballon... »

A travers ce témoignage de Rachelle, nous comprenons que la crainte de la sage-femme l'ayant préparée a été qu'une femme souhaitant une APD ne l'obtienne finalement pas, et que cette crainte l'a conduite à insister sur la préparation à un travail sans analgésie, omettant par conséquent les modalités d'un travail sous APD. On dégage ainsi l'idée qu'une femme sous péridurale n'aurait pas besoin de préparation.

2.2.1.1.3. La réunion d'information sur l'APD

Parmi les 15 femmes interrogées, seule une a assisté à la réunion d'information sur l'APD animée par un anesthésiste de la maternité. On peut s'interroger sur les raisons d'une si faible participation. Il semble tout d'abord que la communication autour de cette réunion ne soit pas parfaitement efficace. En effet, la majorité des femmes dit ne pas en avoir entendu parler. De plus, Valérie souligne que les informations pratiques vis-à-vis de cette dernière sont peu accessibles car visibles uniquement sur les écrans d'information dans les salles d'attente des consultations et absentes du site internet. Enfin, plusieurs femmes, avisées de l'existence de cette réunion, ont choisi de ne pas y aller. La raison avancée pour expliquer ce choix est le nombre déjà important de consultations et réunions prévues au cours de la grossesse aboutissant à la nécessité de sélectionner :

« Après on a déjà tellement de rendez-vous à droite à gauche qu'on sélectionne... » (Béatrice)

« Il y a tellement de réunions, je ne suis pas allée à celle-là. » (Houda)

Cet état de fait, lié d'une part à un défaut d'information et d'autre part à la multiplicité des rendez-vous, est regrettable car les informations délivrées à l'occasion de cette réunion semblent apporter un éclairage supplémentaire intéressant sur le déroulement pratique d'un travail sous APD. Tina, seule femme de notre échantillon à y avoir assisté, se souvient avoir revu la méthode de pose de l'APD avec l'aide de schémas, avoir été informée de la possibilité de contreindications à l'APD, de la nécessité de surveillance régulière de la pression artérielle, de la possibilité de

survenue d'effets indésirables tels que les tremblements, les difficultés à se mouvoir ou encore de la possibilité de latéralisation, d'échec, et de nécessité de réitérer la pose.

2.2.1.1.4. L'entretien prénatal précoce

Une seule femme, Baya, nous a dit avoir discuté de l'éventualité de l'APD dès l'entretien prénatal précoce. En ce qui la concerne, il s'est principalement agi à ce moment-là de réassurance vis-à-vis de ses craintes et a priori à propos de l'APD. Elle nous confie qu'elle a beaucoup apprécié en entendre parler tôt, car cela l'a amenée à se pencher sur la question et à prendre le temps de mûrir sa décision en connaissance de cause :

« Faut savoir petit à petit. Faut que ça fasse son travail (...) qu'on se laisse le choix justement de se dire « Est-ce que je suis prête, en contrepartie, à avoir ça, à avoir ça ? » (...). Je pense qu'on y réfléchit continuellement pendant la grossesse, donc lors de l'entretien prénatal c'est bien. »

2.2.1.2. Une information perçue comme pauvre

De manière générale, et comme cela a pu être parfois constaté dans la sous-partie précédente, plusieurs femmes déclarent trouver trop faible l'information sur l'APD faite par le corps médical :

« J'ai pas eu plus d'informations que ça sur la péridurale. » (Mélanie)

« Je trouve qu'on manque beaucoup d'information en amont. » (Valérie)

« Elle m'a dit que c'est au moment où je rentrerais en salle de travail qu'on me ferait la piqûre... Et pas plus d'indications que ça. » (Rachelle)

Valérie émet l'hypothèse que ce manque d'information puisse avoir pour origine une confiance trop grande de la part des professionnels en les connaissances initiales des femmes sur la question de l'APD :

« Je pense qu'ils partent du principe que tout le monde sait ce que c'est. Pas besoin d'expliquer. ».

On peut également noter que les femmes ne disent pas avoir entendu parler d'éventuelles alternatives à l'APD. Fatim retient que *« Hors mis la péridurale, l'anesthésiste ne m'a pas proposé d'autres moyens de soulager la douleur. Il n'y a que la péridurale ».*

Cependant, comme 2 femmes le soulignent, ce sentiment d'avoir été peu informées sur ce sujet précis est à contrebalancer par l'oubli inévitable de certaines informations parmi toutes celles données au cours de la grossesse :

« Y a plein de choses qu'on oublie. » (Mélanie)

« J'avoue elle m'a donné des infos et je me rappelle plus trop. » (Fatim).

2.2.1.3. Une mise en avant des avantages

Une part importante des femmes, plus de la moitié, s'accorde sur le fait que le corps médical a eu tendance à mettre l'accent sur les avantages de l'APD, et à n'évoquer que peu voire pas les inconvénients :

« *C'était plutôt tous les côtés positifs.* » (Corine)

« *Franchement plutôt les avantages.* » (Gwenaëlle).

« *Bah les professionnels m'ont dit que ça allait me soulager.* » (Rachelle)

Ainsi, Fatim en a retenu « *Juste que ça atténuait la douleur* », et Houda que « *C'est une petite anesthésie, y a pas d'effets secondaires (...) pas d'effets néfastes, à part si on faisait des allergies aux médicaments* ».

Bien qu'il ne porte que sur une faible population (64 questionnaires analysés) issue d'une seule maternité (CHU de Grenoble), on peut citer le mémoire de fin de cursus de Marion Veyrac, sagefemme, intitulé « *Analgesie péridurale en obstétrique : « L'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ? » soutenu en 2011(24)*, qui révèle la même tendance. En effet, dans cette enquête, sur 43 patientes ayant reçu une information sur l'APD lors de la consultation d'anesthésie, aucune ne rapporte avoir reçu une information sur les effets secondaires et les potentielles complications. De même, sur 35 patientes ayant reçu une information sur l'APD lors des séances de PNP, seulement 2 rapportent avoir bénéficié d'informations sur les effets secondaires et les potentielles complications. Parallèlement, la grande majorité rapporte avoir été informée sur les bénéfices de l'APD.

Cette tendance à orienter le choix des femmes vers l'utilisation de l'APD peut s'expliquer par la volonté d'éviter le recours à l'anesthésie générale. En effet, la présence d'une APD en place offre le confort de pouvoir réaliser des gestes en extrême urgence, telles que des manœuvres, extractions instrumentales ou césariennes, sans recourir à l'anesthésie générale qui présente davantage de risques.

On peut aussi penser que les professionnels poussent les femmes à recourir à l'APD car cela facilite la gestion du suivi du travail. Le mémoire de sage-femme de Pauline Clave(26), soutenu en 2008, évalue l'évolution de la perception de la douleur par les sages-femmes en France pendant les 30 dernières années à travers des entretiens individuels semi-directifs. Son travail fait entre autres ressortir l'idée que l'accompagnement d'une femme en travail sous APD est plus facile que celui d'une femme sans APD car il nécessite moins de temps au chevet de la patiente, élément confortable voire nécessaire pour faire face à la charge de travail souvent importante en salle de naissance avec la gestion fréquente de plusieurs patientes simultanément. Cette notion est confirmée par une étude de Kpéa et al. publiée en 2015 dans la revue *Anesthesia & Analgesia*(27). Il s'agit d'une étude prenant pour base les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale française de 2010 : elle identifie que parmi les femmes à bas risque ayant accouché par voie basse, 26% ne

souhaitaient initialement pas d'APD, mais que parmi elles, plus de la moitié en ont finalement eu l'usage. L'un des déterminants du recours à l'APD malgré un vœu initial inverse retrouvé était l'importante charge de travail en salle de naissance. Ces résultats vont donc dans le sens d'une utilisation favorisée de l'APD pour pallier à une surcharge de travail.

Par ailleurs, une autre explication à cette orientation vers l'APD pourrait être la difficulté des professionnels à être témoins de la douleur des parturientes. Dans le même mémoire de Pauline Clave cité précédemment(26), plusieurs sages-femmes confessent se sentir démunies face à la douleur des femmes sans analgésie, et certaines reconnaissent le rôle de l'APD dans le « soulagement de la sage-femme ».

Cependant, ce phénomène de parti pris dans l'information donnée par les professionnels est également influencé par l'attitude des femmes la recevant. Il faut rappeler ici que nous avons parmi nos critères d'inclusion à l'étude le souhait initial d'utiliser une APD. Ce souhait, bien souvent, est ancré depuis longtemps dans l'esprit des femmes interrogées : « *J'étais sûre de vouloir avoir la péridurale. Pour moi c'était soit la péridurale soit la césarienne. Je savais que sans péridurale j'accoucherais pas du tout, c'était impossible pour moi.* » (Tina).

Avec un état d'esprit si déterminé à accoucher sous APD, il est compréhensible d'être plus attentive aux avantages de cette dernière et de ne pas chercher outre mesure à en connaître les inconvénients, dans le but de conforter son choix. Certaines femmes reconnaissent effectivement avoir naturellement agi de cette manière :

« *Comme j'étais décidée de tout façon depuis le début, on m'a pas tellement dit les risques ... en tous cas je les ai pas retenus.* » (Corine)

« *Ils ont beaucoup plus évoqué les avantages que les inconvénients. (...) Enfin, moi je voulais y voir aussi tous les avantages.*» (Mélanie)

« *Y a que ça que j'ai retenu.* » (Baya) [A propos de la réassurance sur ses craintes de bloc moteur systématique]

« *J'étais tellement partie dans l'idée que c'était sûr que je prendrais une péridurale que bon, qu'il y ait des risques ou pas de risques, je ne me suis pas plus renseignée que ça.* » (Miriam)

« *Je pense que tout ce qui est négatif, je n'allais pas chercher à savoir.* » (Fatim)

2.2.1.4. Une mise en avant de la liberté de choix

Il ressort souvent des témoignages des femmes que la liberté de choisir d'utiliser ou non l'APD a été un élément beaucoup mis en avant dans le discours des professionnels :

« *Ce que j'ai apprécié, c'est que dans les 2 cas, quelle que soit la décision à prendre, c'était sans culpabiliser la future mère etc. donc c'était toujours très libre.* » (Mélanie)

« *Le mot d'ordre c'était : faites comme vous le sentez. (...) L'idée c'était de dire : vous êtes libres de décider.*» (Valérie)

« Sans forcer personne à le faire (...) très libre sur le choix d'avoir envie ou pas de ressentir (...) et d'atténuer la douleur » (Gwenaëlle)

Cette liberté de choix a été appréciée par les femmes, cependant, elle n'est pas compatible avec l'information peu poussée ou préférentiellement orientée vers les avantages décrite par certaines femmes et exposée dans les 2 paragraphes précédents. En effet, en l'absence d'une information claire et loyale, on ne peut parler de choix libre et éclairé.

Héloïse a soulevé cette contradiction : « Souvent on me demandait si je voulais la péridurale. Mais on m'expliquait pas forcément. ». Il en est de même pour Gwenaëlle qui nous explique qu'elle a perçu comme illogique le fait que l'on lui offre le choix d'avoir recours ou non à l'APD sans lui exposer explicitement les avantages et les inconvénients. Cela est même allé jusqu'à éveiller en elle une once de méfiance :

« Du coup on se dit « Mais pourquoi j'ai le choix ? ». Pourquoi vous me donnez le choix alors que c'est clair qu'il faut la prendre. Est-ce que y a un risque en fait ? Est-ce que je dois savoir quelque chose sous ça (...) Est ce que c'est un choix lié à la douleur, un truc personnel où tu te dis en gros « J'ai envie de sentir le truc passer (...) », où est ce que y a un risque caché qu'on nous dit pas vraiment ? »

Il apparaît, d'après ce dernier témoignage, que l'omission d'information à propos des versants négatifs de l'APD puisse être délétère, car cela est susceptible de faire naître de la méfiance chez les patientes, les amenant à s'imaginer que l'on leur dissimule une réalité sombre.

De plus, si ces versants négatifs ne sont pas abordés par les professionnels, le risque est qu'ils soient découverts au travers de témoignages de proches les exprimant de manière exacerbée et donc d'autant plus angoissante.

2.2.2. Représentations issus des témoignages (entourage et médias)

2.2.2.1. Les témoignages : un rôle central dans les représentations

Les témoignages des proches occupent une place très importante dans la représentation du travail sous APD. C'est la première et la principale source d'information à ce sujet pour beaucoup de femmes, surpassant le corps médical :

« D'abord je le savais par mes copines et tout. (...) C'est plus par les copines que j'ai entendu parler plus des effets de la péri. » (Héloïse)

« J'en avais entendu parler, plus par mon entourage que par le corps médical en lui-même. » (Valérie)

« J'avais déjà discuté avec des copines à moi qui avaient eu des péridurales, ma mère, ma belle-mère aussi, plus que par des professionnels en fait. » (Rachelle)

« Les témoignages ont presque plus fonctionné que l'information. » (Miriam)

Tina évoque le témoignage d'une amie alors que la question posée concernait les sources d'information au sein du corps médical :

« Euh... C'était ma copine qui a accouché ici, et du coup c'est avec elle que j'ai appris qu'il y avait la péridurale. »

Les femmes accordent beaucoup de valeur à ces témoignages et les considèrent nécessaires :

« Pour être sensibilisée c'est bien d'avoir des témoignages. » (Miriam)

« C'est ceux qui ont de l'expérience, c'est les femmes qui ont déjà accouché sous péridurale, je pense qu'elles sont mieux placées pour me renseigner. » (Fatim)

2.2.2.2. D'un extrême à l'autre

Les témoignages à propos du travail sous APD reçus de la part des proches et trouvés sur internet sont, comme le décrit Pascale, « divers et variés ». Selon les mots de Béatrice, « C'est très varié (...) c'est infini. ». Ces témoignages à « double tranchant » comme les qualifie Rachelle, balancent entre l'extrême positif et l'extrême négatif, ne laissant pas de place à la modération. Baya décrit ainsi deux « clans » : d'une part celui « des mamans qui disent « Je comprends pas pourquoi on s'en passe. Ça existe donc pourquoi accoucher dans la souffrance ? » » ; et d'autre part celui de celles « qui disent « Non ça dénature complètement ce moment qui doit être magique, inoubliable... » ».

Ce phénomène est retrouvé dans la quasi-totalité de nos entretiens. Ainsi, certaines rapportent des témoignages idéalisant l'APD :

« Moi on m'a jute dit « c'est super t'auras pas mal ». » (Corine)

« Tout le monde me parlait de ça en me disant que c'était le truc miracle. » (Jeanne)

« [On m'a dit] que la péridurale c'était indispensable [sourire], et que ça changeait la vie des femmes » (Valérie)

« Ils m'ont tous recommandé la péridurale. (...) Personne ne m'a parlé d'inconvénients sur la péridurale. » (Fatim)

D'autres, au contraire, relatent des témoignages très péjoratifs, de nature à diaboliser l'APD :

« On a toujours des dames qui nous disent « Ah c'était horrible l'accouchement, la péri était pas bien posée ». » (Héloïse)

« Les gens à l'extérieur ils disent que la péridurale c'est dangereux (...) que ça fait mal au dos, que si c'est mal visé on peut être paralysée. » (Houda)

« On dit « La péri, faut pas bouger, le dos rond, ça va te faire mal »... » (Gwenaëlle)

« Certaines n'ont pas du tout apprécié la péridurale par ce qu'elles n'ont pas pu maîtriser leur accouchement, elles se sont senties complètement dépassées par l'anesthésiant. » (Miriam)

On remarque qu'il suffit souvent d'une ou deux anecdotes négatives pour qu'une femme soit marquée et se forge une image effrayante de l'APD :

« J'avais une tante qui a accouché y a 20 ans, mais c'est resté dans les annales. (...) Elle a été paralysée suite à une péridurale. » (Baya)

« Ma maman a eu un problème avec mon petit frère, une péridurale qui était trop dosée, ça a ralenti le travail qui du coup a duré 12 heures de plus. Elle en garde un souvenir assez pénible. (...) J'ai une amie qui a eu un problème avec une bulle et qui a eu des migraines pendant assez longtemps après l'intervention. » (Laura)

Comme le souligne Laura, les expériences négatives sont les plus susceptibles d'être relayées : *« On entend plus souvent parler des choses qui vont pas bien. »* C'est souvent le cas sur internet où l'on peut facilement *« trouver des trucs horribles »* (Héloïse).

En effet, les femmes cherchant à s'informer sur l'APD par internet se retrouvent facilement confrontées à des publications émanant de femmes mécontentes. Par exemple, on constate qu'en écrivant le mot « péridurale » sur le moteur de recherche Google®, on arrive rapidement, dès la première page de recherche(28), sur un blog intitulé « Les mensonges de la péridurale - Marie accouche là » (29).

Ce blog descend en flammes l'APD, la qualifiant de « mécanismes de domination », de « mensonge largement diffusé dans notre société », ou encore d'instrument « dont l'objectif est d'assurer l'optimisation économique de l'hôpital et non le bien-être des patientes ».

Certaines implications pratiques ou effets indésirables de l'APD sont donnés. Ces derniers sont justes dans l'absolu, mais présentés de manière caricaturale et effrayante. Par exemple, le délai d'attente avant la pose de l'APD, souvent nécessaire pour évaluer si le travail a réellement débuté puis pour préparer l'intervention, est décrit comme une « règle absolue », un « protocole inflexible », une « rigidité métrique arbitraire », imposé par des sages-femmes « sournoises » et des médecins n'octroyant pas « une once de décision aux femmes » et les délaissant « lâchement à leur sort. ». De même, les femmes présentant une indication médicale à l'APD sont présentées comme des patientes « contraintes à cette analgésie en raison des gestes médicaux qui leur sont infligés et qui ont pour conséquence d'augmenter fortement l'intensité de la douleur. ». De la même manière, les risques d'efficacité imparfaite de l'analgésie (échec, insuffisance ou asymétrie) sont brutalement annoncés, avec un pourcentage de « 10 à 25% des cas », sans expliquer les possibles interventions pour tenter d'y remédier (réinjection, changement de position, repositionnement du cathéter, nouvelle pose, soutien par du protoxyde d'azote...), et toujours avec diabolisation du corps médical : « Certains praticiens, préférant faire plus confiance à une machinerie qu'à un être humain, vont même jusqu'à accuser des femmes de mensonge lorsqu'elles se plaignent de ressentir autant les contractions, démontrant le peu d'intérêt qu'ils portent à la souffrance de leurs

patientes. ». D'autres risques sont énumérés pêle-mêle sans explications, sans notion de fréquence ni de moyens d'actions et sans justification : « paralysie temporaire du bassin et des membres inférieurs, risque de rétention urinaire, de fièvre et de migraine, augmentation des hémorragies du post-partum ».

On constate donc par cet exemple que la recherche internet expose à des témoignages traumatisants. Cependant, même sans pousser les recherches loin, une femme enceinte est susceptible de se voir confier des expériences par son entourage. C'est ce qu'explique Gwenaëlle : même sans en faire la demande, elle a reçu continuellement au cours de sa grossesse les récits des expériences de ses proches et connaissances : *« De toute façon on n'a pas de filtre, enfin les gens nous disent toujours 3000 trucs. De toute façon les infos elles passeront, par des copines ou par des traumatismes. »*.

Elle précise que ces témoignages sont souvent négatifs, qu'une femme enceinte devient facilement la confidente de personnes portant le fardeau d'une expérience douloureuse à propos d'une grossesse ou d'un accouchement et ressentant le besoin de s'en décharger :

« Pendant la grossesse on a tout le pire, pas toujours le meilleur. (...) On entend beaucoup de choses négatives, les gens oublient un peu de dire que ça peut être génial.

« Beaucoup de personnes traumatisées qui ont pas forcément parlé en fait. Des gens qui étaient seuls face à cet accouchement, qui l'ont vécu peut-être mal pour mille raisons différentes (...), mais qui du coup, se lâchent un jour sur une pauvre nana enceinte de 3 mois qui a rien demandé. Et ça c'est dur je trouve. Y a plein de gens traumatisés qui ont besoin de reparler du truc longtemps après parce qu'ils étaient seuls. Et moi ça m'est arrivé plusieurs fois, et j'ai trouvé ça pas cool.

« Les gens se projettent, ils se revoient... Et donc ils ont envie de te prévenir, de revivre le truc. C'est un peu... C'est une façon d'expier un peu le truc. (...) Je trouve que c'est déjà beaucoup de chamboulements, les grossesses sont pas forcément toujours faciles, donc il faut pas enfoncer le truc. Après je comprends qu'on ait besoin d'en parler, mais faut choisir la bonne personne. »

Ces différents exemples nous permettent de comprendre qu'il est aisé pour une femme enceinte de fantasmer une image diabolisée de l'APD. Cependant, certaines femmes de notre échantillon parviennent à prendre du recul :

« Comme la péridurale c'est quelque chose qui fait peur, les gens ont facilement tendance à faire des psychoses. »
(Laura)

« Je trouve que c'est vachement fantasmé mais pas forcément toujours dans le bon sens. » (Gwenaëlle)

D'autres encore, parviennent à relativiser ces témoignages extrêmes en comprenant que *« chaque femme est différente »* (Houda), que *« chacune vit différemment ça péridurale »* (Miriam).

On constate finalement que les femmes reçoivent matière à se forger une idée du travail sous APD par le biais de l'information médicale, mais surtout par celui des témoignages de leur entourage. L'information médicale, souvent peu fournie, est largement axée sur les avantages de l'APD. Les témoignages de l'entourage, quant à eux très présents, ne donnent pas dans la demi-mesure mais balancent plutôt d'un extrême à l'autre en renvoyant une image tantôt idyllique, tantôt dramatique du travail sous APD.

3. Que souhaitent savoir les femmes sur la réalité pratique du travail sous APD ? Quel impact sur leur vécu ?

Dans cette partie, nous chercherons à tendre de manière conjointe vers les 2 objectifs secondaires : d'une part identifier les éléments que les femmes auraient souhaité connaître avant le jour de l'accouchement à propos du déroulement pratique du travail sous APD, et d'autre part évaluer l'impact de cette information sur le vécu des patientes.

Il est à noter que plusieurs études ont cherché à déterminer l'information souhaitée par les femmes à propos de l'APD(30–33). Ces études, réalisées en Irlande et au Canada, ont demandé à des femmes, en pré ou post-natal, d'indiquer quelles complications de l'APD elles jugeaient importantes à connaître parmi une liste donnée. Ces listes comportaient des complications sévères et rares (complications neurologiques, arrêt cardio-respiratoire...) mais aussi des complications modérées et fréquentes telles que l'alitement et les rétentions urinaires. Ces études ont révélé que la majorité des femmes interrogées souhaitaient être informées sur toutes les potentielles complications de l'APD. Ceci montre donc que les femmes souhaitent non seulement être informées sur les complications sévères de l'APD, mais aussi sur celles plus modérées. Cependant, ces études n'ont pu aborder que peu des désagréments classiques et effets indésirables modérés associés à l'APD, éléments sur lesquels nous nous sommes justement penchés.

3.1. Le fond de l'information

3.1.1. Les sensations corporelles

3.1.1.1. Le soulagement des douleurs

3.1.1.1.1. Délai d'attente

Toutes les femmes interrogées s'accordent sur le fait que le délai d'attente avant le soulagement des douleurs est une information qu'il est nécessaire de connaître, « *hyper importante !* » selon Jeanne.

L'avis largement partagé est celui de Tina, à savoir que cette information est difficile à recevoir car elle annonce une très probable phase de douleur, mais qu'il est nécessaire d'en être consciente afin de **s'y préparer psychologiquement** : « *Je préfère avoir les informations même si c'est un peu difficile à supporter ou à entendre, (...) après c'est plus facile psychologiquement par ce qu'on a pu s'y préparer.* ». Jeanne ajoute qu'il est nécessaire, pour **réussir à tenir sur la longueur**, de prévenir que la durée de cette phase d'attente est très variable d'une femme à l'autre, et par conséquent qu'elle est imprévisible : « *aussi très important de dire que y a pas de durée (...) y a pas de règle d'une femme à l'autre. (...) Ca je pense que ça a un impact sur la capacité à tenir et sur la perception globale de l'accouchement.* ».

Pour Houda, l'intérêt de connaître le délai d'attente entre le début des douleurs et la possibilité de poser l'APD est qu'il permet de **diminuer le stress**, de ne pas redouter d'accoucher très vite dès les premières contractions : « *Sinon je pense que on serait trop stressée. Dès qu'on sentirait une petite contraction à la maison on viendrait tout de suite à l'hôpital alors que ça sert strictement à rien.* ».

Cependant, cette période n'est pas perçue exclusivement de manière négative. Elle a aussi un versant valorisant pour les femmes, qui peuvent y voir un **défi à repousser leurs limites**, les faisant se sentir actives et mettant en relief leur rôle dans l'accouchement. C'est le point de vue de Béatrice, nous expliquant que pour elle, la perspective d'un délai d'attente durant lequel elle aurait à gérer ses contractions « *pousse le challenge (...) permet de dire je souffre mais au moins c'est efficace.* ». Pour Gwenaëlle aussi, cette phase de douleur est un moyen de s'appropriier l'accouchement, elle la considère importante : « *Ça vaut le coup d'être un peu maso. (...) C'est ton bébé quoi, il arrive et faut que tu le sentes aussi pour comprendre en fait. (...) Je trouve que c'est important quand même que ton corps vive un peu la douleur et sache ce que c'est et travaille quoi.* ».

Ces notions de défi et d'appropriation de l'accouchement exprimées Béatrice et Gwenaëlle renvoient au concept d'**Empowerment**. Il s'agit d'un terme anglo-saxon sans traduction française consacrée. Il a pu être retranscrit de multiples manières dans la littérature francophone : «

obtention de pouvoir », « autonomisation », « renforcement du pouvoir d'action », « capacitation »... Il peut être défini comme un processus qui vise à permettre aux individus (ou aux communautés et organisations) d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie (34). Ce concept peut être appliqué à de nombreux domaines et a fait l'objet de quelques travaux de recherche (principalement des thèses et doctorats) dans le domaine de la périnatalité, lesquels ont été étudiés par Hélène Vadeboncoeur, chercheuse canadienne en périnatalité, dans une revue de la littérature publiée en 2010(35). On y constate, chez des femmes ayant accouché, un sentiment d'euphorie, d'accomplissement extraordinaire(36), de conscience de sa propre force, de plus grande assurance(37). En effet, pour certaines femmes, traverser les douleurs de l'accouchement peut procurer un sentiment de triomphe et de maîtrise du début de leur rôle de mère(38). Les études citées par cette revue font référence à des situations de naissances non médicalisées. Cependant, à la lumière des témoignages recueillis dans notre étude, on peut penser que leurs constatations semblent également en partie transposables à des situations d'accouchement sous APD, notamment en raison de la nécessité d'endurer des contractions avant l'obtention de cette APD. Informer les femmes de ce délai d'attente pourrait donc être un moyen de valoriser leur rôle en tant que parturiente.

Seule Laura émet des réserves sur le bien-fondé d'avertir les femmes du délai d'attente, sur l'argument que cela risque de **faire paraître ce dernier insurmontable** :

« Si on sait qu'une fois arrivée sur place ça peut encore prendre des heures et des heures, je sais pas si on est psychologiquement aussi détendu et serein que si on sait pas et qu'on se laisse un peu porter par les personnes qui savent mieux que nous. »

Il paraît donc clair que l'information sur le délai d'attente avant le soulagement des douleurs de l'accouchement est souhaitée par les femmes. Elles pensent majoritairement que cette information induit un meilleur vécu de l'accouchement en permettant de se préparer psychologiquement à endurer la douleur, mais aussi en diminuant le stress sur l'inconnu du début du travail, ou même en étant un facteur d'Empowerment. Ceci est à tempérer par le risque de générer une peur et un sentiment d'impuissance face à la douleur.

Les 2 femmes de notre échantillon qui n'étaient pas conscientes de cet élément déclarent qu'elles auraient souhaité l'être. Cependant, à l'encontre de l'avis général du groupe, elles pensent que cela n'aurait pas influencé le vécu de leur accouchement : pour Rachelle, la satisfaction apportée par le soulagement des douleurs compense largement la déception qu'elle a rencontrée en amont ; et pour Fatim, l'attente nécessaire, bien que découverte sur le moment, a été bien acceptée car elle en a compris le bienfondé, à savoir, poser de manière certaine le diagnostic de mise en travail.

3.1.1.1.2. Imperfections de l'analgésie

La quasi-totalité des femmes de notre enquête considère comme nécessaire d'être informée sur le risque d'échec ou d'efficacité insuffisante de l'APD.

L'opinion la plus largement partagée est que cela permet de **prendre la situation avec moins de brutalité** et de frustration le cas échéant :

« Je pense que le fait de savoir que ça peut ne pas marcher, on se dit que si ça marche pas, on est un peu sensibilisé et on prend la chose un peu moins... avec un peu moins de difficulté. » (Jeanne)

« On a cette représentation du truc un peu miracle (...). On peut être énervé de ne pas avoir eu l'information avant, et je pense que ça gâche quand même un peu le moment. » (Pascale)

« Il faut savoir, par ce que je pense que y a des mamans qui sont désemparées. » (Héloïse)

« Pour pas être trop déçue. Comme tout le monde en parle comme du truc un peu... miracle. » (Gwenaëlle)

Il semble en effet que l'anticipation de la possibilité d'imperfection voire d'échec de l'APD ait permis d'améliorer le vécu de Tina et d'Houda, conscientes de cette éventualité et ayant eu la malchance de l'expérimenter :

« Pour moi c'est obligatoire, comme ça je suis pas surprise sur le moment si il y a une complication. » (Tina)

« Je pense que ça aurait été pire si j'en avais jamais entendu parler. » (Houda)

Corine, quant à elle, s'étant retrouvée dans la même situation mais sans savoir cela possible, nous explique qu'il aurait été important qu'elle le sache pour **l'identifier comme relativement classique et surtout comme solvable**, et ainsi en faire part rapidement à l'équipe sans paniquer :

« Je me suis demandé, quand j'ai recommencé à avoir des douleurs, si c'était moi qui fatiguait. (...) Je me suis remise en cause moi en fait. Et du coup j'ai pas réagi tout de suite (...). J'ai pas osé poser la question au début par ce que je pensais que c'était moi qui était trop sensible. Alors que si j'avais su depuis le début que ça pouvait arriver, j'aurais pas hésité à dire « Je crois que c'est en train d'arriver ! Est-ce qu'on peut vérifier ? ». J'aurais pas perdu ce temps-là. Ça m'a rajouté pas mal de stress. »

Le risque de latéralisation de l'analgésie, d'avantage perçu comme susceptible de générer de l'anxiété (« hyper anxigène » selon Gwenaëlle), reste cependant important à connaître aux yeux des 2/3 des femmes interrogées. L'intérêt exprimé est là encore le fait d'identifier sereinement le phénomène comme classique et solvable, afin de **permettre son signalement et sa correction** dans la mesure du possible. Comme nous le dit Jeanne : « Il vaut mieux le savoir pour le dire, bien le signaler, que si jamais ça arrive, je puisse rééquilibrer. »

On constate effectivement que Corine, n'ayant pas eu conscience de ce risque au préalable, a été effrayée lorsqu'elle en a pris connaissance le jour même de l'accouchement, sans explications, simplement suite aux questions de l'anesthésiste : « Je l'ai compris par ce qu'on m'a demandé si je sentais plus de douleur à droite ou à gauche. Et donc là j'ai compris qu'il pouvait y avoir un souci éventuellement à ce

niveau-là. Mais je ne le savais pas du tout et encore une fois j'aurais aimé le savoir par ce que c'est toujours pareil, je me suis demandé si le problème venait de moi ou si c'était quelque chose de – pas courant – mais classique, et pas plus flippant que ça.»

Béatrice, consciente de ce risque et en ayant fait l'expérience, nous explique quant à elle que cette connaissance était pour elle « *indispensable* » car cela lui a permis de ne pas subir ce dysfonctionnement mais au contraire d'**être active pour tenter de le résoudre** : « *Prendre une autre position, en tous cas en discuter, l'évoquer (...) partager mon ressenti (...) guider.* ». On retrouve ici une nouvelle fois la notion d'Empowerment.

Ces incidents (défaut d'efficacité et latéralisation) sont cités par les femmes de l'enquête du Ciane « Douleur et accouchement »(23) en tant que sources d'insatisfaction, ce qui va également dans le sens d'une nécessité d'une information honnête à ce propos.

3.1.1.2. Capacités sensibles et motrices

3.1.1.2.1. Alitement

A l'exception de Houda, pour qui l'obligation de rester alité une fois l'APD mise en place est si évidente qu'elle ne nécessite pas d'être précisée, toutes les femmes interrogées estiment que cet élément doit être mentionné au cours de l'information sur l'APD.

En être conscient permet **de peser correctement le pour et le contre entre désir de mobilisation et désir de soulagement**, ce qui nous ramène à la notion de choix éclairé :

« Souvent on aime bien marcher, faire du ballon pour se soulager. Là c'est plus possible. » (Baya)

« C'était important de se le dire et de le savoir de façon à tenir pour reculer un peu l'échéance si j'avais souhaité tout simplement... [me mobiliser] » (Laura)

Cela permet aussi de **se préparer psychologiquement à une certaine perte d'autonomie**, à comprendre qu'« *on souffre pas donc ça va, mais on peut pas faire... sa vie.* » (Pascale), qu'il faut « *attendre que ça se passe* » (Jeanne).

En pratique, les 2 femmes de notre population n'ayant pas été conscientes au préalable de l'impossibilité de se lever déclarent effectivement qu'elles auraient souhaité l'être. Rachele, qui exprime qu'elle s'en est trouvée « *perturbée* », pense que cette connaissance aurait amélioré son vécu. En revanche, Fatim déclare s'en être accommodée et ne pense pas qu'elle aurait mieux vécu son accouchement si elle l'avait su : « *Après, tout se gère sur le terrain aussi. (...) Ça changerait rien.* ».

Selon 2 études canadiennes publiées respectivement en 1997(30) et 2000(31), les femmes estiment majoritairement qu'il est important pour elles d'être informées de l'alitement résultant de l'APD avant de consentir à cette dernière. Dans la première étude, 60 femmes ont été invitées, 2 mois après leur accouchement, à attribuer une note entre 0 et 10 à différentes complications de l'APD en fonction de l'importance qu'elles y accordaient (10 représentant l'importance la plus

forte). Les résultats montrent un niveau d'importance moyen à plus de 7/10 pour cette information. La seconde étude a interrogé 60 femmes durant leur travail, avant toute pose d'APD. Il leur a également été demandé d'estimer l'importance d'être informées de différentes complications de l'APD avant d'y consentir. Dans cette étude, 60% des femmes considèrent l'alitement comme une information importante, même si pour la plupart elle n'est pas de nature à leur faire renoncer à l'APD.

Pour Rachelle et Valérie, la période de rémission après l'accouchement sous APD, durant laquelle les sensations et forces au niveau des jambes et du bassin reviennent lentement à la normale, pouvant sembler insignifiante, mériterait d'être abordée en anténatal, afin que les femmes comprennent que la limitation de l'autonomie s'étend légèrement au-delà de l'accouchement.

3.1.1.2.2. Inhibition des sensations et mouvements

L'éventualité de jambes « lourdes » et de difficultés à se mobiliser est globalement perçue comme importante à connaître, surtout pour **être conscient de son caractère classique et sans gravité** et ainsi ne pas angoisser le cas échéant :

« *Ca peut être un peu angoissant de ne pas pouvoir bouger ses jambes. (...) Si on est prévenu ça va.* » (Mélanie)

« *Ca peut vraiment faire flipper si on n'est pas au courant et qu'on arrête de sentir ses jambes.* » (Corine)

Cette information présente également l'avantage d'induire une meilleure gestion de l'analgésie. En effet, les femmes sont plusieurs à nous expliquer que la connaissance de ce risque les a amenées à s'auto-administrer des bolus de péridurale avec parcimonie afin de conserver au maximum leurs capacités sensitives et motrices :

« *J'avais envie d'être un peu plus impliquée avec le travail du bébé, et d'ailleurs après j'ai pas du tout réagi à la pompe.* » (Laura)

« *J'avais envie de sentir donc j'ai pu anticiper le dosage.* » (Pascale)

Il en est de même pour le risque de diminution de l'envie de pousser, dont la connaissance a été considérée comme un point clé, permettant **d'éviter de se mettre en difficulté au moment des efforts expulsifs** en adaptant le niveau d'analgésie en amont :

« *J'étais contente de le savoir parce que j'ai pu réduire le dosage, qui aurait pu être un peu trop fort si j'avais pas su que ça pouvait être mauvais pour moi. Ça c'est une information que j'ai considérée comme très importante, j'étais contente qu'on me le dise.* » (Miriam)

« *Ça arrive en fin de marathon, faut pouvoir le faire donc c'est important de savoir que ça peut vraiment gêner.* » (Valérie)

« *C'est bien de le savoir dans l'absolu pour pas être en difficulté.* » Jeanne

Au-delà de l'efficacité pure et simple des efforts expulsifs, la gestion optimale de l'analgésie a également pour conséquence bénéfique de permettre aux femmes **d'apprécier ce moment en se sentant actrices de la situation**, en d'autres mots, une nouvelle fois, de favoriser leur Empowerment. C'est l'élément le plus important selon Jeanne :

« Les sensations c'est ça que j'ai vraiment adoré. (...) Quand on s'est installés pour la poussée, je sentais vraiment bien les contractions arriver et aussi, du coup, la tête pousser. Et j'ai pu, du coup, bien pousser. (...) J'ai trouvé que c'était vraiment la chose idéale de pas sentir la douleur, mais d'avoir une pleine capacité à ... à raconter, en fait, ce qu'il s'est passé ! J'ai l'impression d'avoir relativement participé, donc ça c'est ... c'est top.»

Une nouvelle fois, nos résultats croisent en partie ceux de l'enquête du Ciane « Douleur et accouchement »(23), dans laquelle une proportion importante des femmes se déclarant insatisfaites de leur travail sous APD déplorent la « trop grande » efficacité de l'APD abolissant excessivement les sensations, empêchant la femme de se sentir partie prenante de l'accouchement ou conduisant à des difficultés lors des efforts expulsifs. Ceci nous conforte dans l'idée qu'une information honnête à propos de ce type de risque semble nécessaire pour y faire plus facilement face le cas échéant, mais aussi pour tenter de l'éviter autant que possible.

Le mémoire de fin de cursus de sage-femme de Sarah David soutenu en 2013, intitulé « Analgésie Péridurale, souhait initial ou non : vécu de l'accouchement chez les primipares »(39) va dans le même sens. Chez les 96 femmes interrogées par questionnaire, on constate que plus elles percevaient la progression de leur bébé, plus leur satisfaction augmentait.

3.1.1.3. Les effets indésirables

En ce qui concerne l'information sur les effets indésirables classiques de l'APD, tels que les tremblements et démangeaisons, les avis sont partagés parmi les témoignages que nous avons recueillis.

Une première moitié estime qu'il est nécessaire d'en avoir connaissance au préalable afin de savoir qu'il s'agit d'un élément classique, sans gravité :

« Savoir à l'avance ce qui peut arriver, ça permet de pas tout de suite paniquer si il se passe quelque chose, et de se dire « Bon bah voilà, c'est juste la péridurale ». » (Pascale)

« C'est bien d'être préparée. Comme ça quand ça arrive on se dit « bon on m'avait prévenue c'est normal, ça va passer ». » (Baya)

« C'est important comme ça si il y a quelque chose on sait que ça vient de là. » (Houda)

On peut effectivement constater à travers les exemples de Corine et Héloïse que les tremblements et démangeaisons inoffensifs et classiquement engendrés par l'APD peuvent se révéler très angoissants s'ils sont méconnus :

A propos des tremblements, Héloïse nous confie : « *On se dit « Est-ce qu'il y a quelque chose qui va pas avec moi ou avec mon corps ? Est-ce que c'est grave ? ». Et en fait, bah non. »*. A propos du prurit, elle nous dit : « *Je me disais que je faisais une réaction peut être allergique. (...) Je me posais des questions par ce que vraiment ça démangeait »*.

Corine, ayant réagi encore plus fortement à ces effets indésirables, nous confie à propos des tremblements : « *C'était vraiment très dur à gérer parce que ça me prenait une énergie folle et je me suis demandé comment j'allais faire pour accoucher. Je pense que ça peut pousser quelqu'un ou non à prendre la péridurale. (...) C'était vraiment violent pour moi en tous cas. (...) J'ai vraiment eu peur, je me suis demandé si c'était moi qui faisais une allergie, qui réagissait mal, si l'accouchement se passait mal...* ». Son ressenti vis à vis du prurit est du même ordre : « *Je me suis demandé si c'était moi qui imaginait des choses, si je faisais une allergie aux produits, à quel produit, est ce que du coup ça allait toucher mon bébé...* ».

A contrario, la deuxième moitié de notre échantillon n'est pas demandeuse de connaître ces effets secondaires. Plusieurs estiment qu'il s'agit là d'un détail secondaire du travail sous APD, pensant, comme Béatrice, que « *les tremblements, c'est le dernier de nos soucis.* ». D'autres vont plus loin en considérant que l'information pourrait être nuisible car anxiogène :

« *Trop d'info tue l'info... (...) Après je pense qu'on devient un peu parano. (...) Il faut pas que ça crée d'angoisses.* » (Jeanne)

« *J'avais pas besoin de tout tout tout savoir non plus par ce que ça m'aurait fait plus peur.* » (Laura)

3.1.2. Les gestes médicaux

3.1.2.1. La surveillance rapprochée

Le fait que la surveillance médicale de la parturiente s'accroisse sous APD, notamment par la mesure régulière de la pression artérielle, ne semble globalement pas être un élément que les femmes souhaitent anticiper. En effet, pour la majorité des femmes interrogées, il s'agit d'une surveillance « normale », « logique », sans nécessité d'information préalable particulière car, comme le dit Valérie, « *le brassard et tout, on est plus à ça près...* ». Cependant, pour Jeanne et Laura, cette information a son importance car elle contribue à mettre la femme en confiance vis-à-vis des soins médicaux dont elle fera l'objet : « *Je trouvais ça plutôt rassurant de savoir que tout allait être observé et étudié de sorte que y ait pas de problèmes.* » (Jeanne). De plus, Miriam souligne que cette information contribue à faire comprendre aux femmes que leurs mouvements seront limités : « *On va être raccordée à des machines du début à la fin de l'accouchement. On va pas pouvoir se lever ou faire quoi que ce soit. Donc c'est vrai que c'est intéressant.* »

3.1.2.2. Les sondages urinaires

Il nous a semblé intéressant d'aborder le sondage urinaire, acte médical réalisé en routine en salle de naissance mais touchant malgré tout à l'intimité et à la pudeur.

Bien que la plupart des femmes n'aient pas été prévenues de la nécessité de sondages urinaires pendant le travail, il s'avère que la majorité n'y accorde pas grande importance, qualifiant volontiers l'acte de « *formalité* ». Elles sont en effet minoritaires à déclarer que cette information leur ait manqué. Plusieurs éléments ont contribué à bien faire accepter ce geste même sans en avoir été avertie. D'une part, il a été très apprécié que le bien fondé du sondage urinaire (éviter la formation d'un globe vésical, optimiser l'application du mobile fœtal sur le col de l'utérus pour favoriser sa dilatation etc.) ait été expliqué :

« Elles m'ont bien expliqué pourquoi elles faisaient ça et ça m'a pas dérangée plus que ça, au contraire j'étais à l'écoute. (...) Pour moi, que je le sache avant ou après ça m'a pas dérangée plus que ça. » (Tina)

« C'est pour le bien de la patiente, donc même si on le sait pas, je vois pas comment on le prendrait mal en fait. » (Corine)

D'autre part, le caractère indolore du geste a contribué à sa bonne acceptation :

« C'est pas douloureux, c'est plutôt rassurant en fait. » (Baya)

« Ça m'a pas dérangé parce que (...) je sentais rien. » (Pascale)

« Franchement pour moi tant que je ressentais pas de douleur c'était bon. » (Fatim)

« Tu vois rien, c'est pas traumatisant, c'est pas douloureux. » (Gwenaëlle)

Enfin, les précautions prises par les sages-femmes pour ménager la pudeur des patientes ont également été appréciées :

« C'est le côté gênant avec son conjoint qui est là. Mais les sages-femmes pour le coup elles préviennent et elles demandent au conjoint de se tourner. » (Miriam)

A l'échelle limitée de notre échantillon, il s'agit donc globalement d'une information qui n'est pas considérée comme nécessaire, voire qui peut faire naître une gêne et une appréhension :

« Ca faisait partie des petits détails pas très sexy dont je me suis bien passé avant. » (Laura)

« Je sais pas si c'est bien nécessaire de rajouter des infos qui peuvent être un peu anxiogènes ou gênantes. » (Gwenaëlle)

Cependant, cette opinion ne fait pas l'unanimité puisque sur les 15 femmes de notre groupe, 4 pensent au contraire qu'il faut être informé de la réalisation des sondages urinaires. Audelà du désir d'être avertie par principe, Mélanie nous explique qu'elle a beaucoup apprécié être informée à ce propos pour comprendre d'emblée la simplicité et l'innocuité du geste. Cela a été pour elle un **facteur rassurant** : *« Je pense que la sonde urinaire ça peut faire peur. Moi on m'aurait dit on vous place une sonde, je me serais imaginé un truc, genre un truc de dialyse ou je sais pas quoi... ! Du coup quand on n'en a parlé la première fois, elle m'a beaucoup rassuré la sage-femme. J'aurais vraiment jamais pensé ça. C'est important de le*

savoir, juste pour qu'on dédramatise la chose. (...) Et puis surtout pour dire que ça fait pas mal. Et puis pour expliquer pourquoi, on m'a bien expliqué que la vessie ça pouvait comprimer etc. Une fois qu'on sait ça, ça va. ».

Pour Jeanne, il est agréable de le savoir car cela touche à la **dignité de la personne**. Cette information permet d'y consentir de manière éclairée et non de le subir une fois retrouvée devant le fait accompli. Il en ressort un sentiment de plus grande dignité, d'un meilleur respect de soi : « *C'est quand même plus agréable de le savoir. C'est une question de dignité. Je pense pas qu'on le vive plus mal, mais c'est juste au niveau respect de soi, dignité, on se sent un peu moins ... animal. »*

Les 2 études canadiennes citées précédemment (30) (31), ayant évalué le désir d'information des femmes à propos de l'APD, nous montrent l'intérêt des femmes à être informées de la possibilité de rétention urinaire. Dans la première étude, l'importance de cette information est estimée à plus de 8/10 ; dans la seconde, 70% des femmes la jugent importante bien que, pour la grande majorité, elle ne soit pas de nature à leur faire renoncer à l'APD.

Pour conclure à propos des actes médicaux, l'important aux yeux des femmes interrogées semble d'être rassurées au préalable sur la sécurité en salle de naissance, et qu'on leur explique en temps réel l'utilité des différents actes pratiqués, tout en ménageant leur pudeur et leur dignité.

3.2. La forme de l'information

3.2.1. Quand et par qui ?

Il paraît important que le **corps médical** soit au premier plan pour informer concrètement et objectivement les femmes sur le déroulement pratique du travail sous APD, pour reprendre des termes d'Héloïse, qu'il « *se réapproprie ça* ». En effet, comme on a pu le voir, chez les femmes de notre enquête, c'est plutôt l'entourage qui tient ce rôle. Ceci comporte le risque que la femme se forge une image faussée du travail sous APD, calquée sur le ressenti de la personne lui livrant son expérience.

Il ressort dans une part importante de nos entretiens que l'information faite **en temps réel** tout au long du travail et de l'accouchement est indispensable. Ces explications continues, qualifiées de « *chouettes* », de « *travail génial* » réalisé par les sages-femmes, voire même de « *primordiales* », ont souvent permis de compenser en partie les éléments ignorés ou oubliés par les femmes.

Par ailleurs, l'information théorique ne correspondra jamais parfaitement au cas particulier de chaque femme. C'est pourquoi, même pour des femmes très bien informées, cet accompagnement et ces explications au fil du travail restent capitaux. Comme nous le dit

justement Laura, aussi bonne l'information puisse-t-elle être, « *c'est encore tellement différent dans la pratique* », que l'on ne peut se passer de réitérer les informations et explications le jour J.

Outre le sentiment de meilleure compréhension et par conséquent de plus grand contrôle sur le travail que provoque cette information donnée en temps réel, elle participe également à l'accompagnement psychologique de la parturiente. Houda nous explique ainsi que malgré l'échec de son APD, elle garde un très bon souvenir de son accouchement grâce au soutien et aux explications claires et fréquentes de l'équipe : « *La douleur, après l'accouchement, on l'oublie. Mais l'équipe, on l'oublie pas.* » (Houda)

Malgré l'importance de l'information donnée le jour J, cette dernière n'est pas suffisante car elle ne permet pas un consentement éclairé. Les participantes de l'étude nous expriment effectivement pour plusieurs que la décision d'utiliser ou non une APD se mûrit sur le long terme, et donc qu'il est nécessaire de l'évoquer **pendant la grossesse**. La majorité des femmes attendent ces informations de la part de l'anesthésiste en consultation et, comme on a pu le voir précédemment, en sont souvent déçues, pensant typiquement comme Gwenaëlle que « *si il y avait bien quelqu'un qui pouvait le faire c'était lui, à ce moment-là* ». Les sages-femmes lors des séances de PNP, des consultations de suivi ou de l'entretien prénatal précoce sont également évoquées comme actrices appropriées pour délivrer ces informations. On peut noter que la réunion d'information sur l'APD animée par l'anesthésiste n'a pas été mentionnée.

3.2.2. Comment ?

L'information écrite délivrée par l'anesthésiste, bien qu'elle ait été appréciée par les femmes l'ayant lue, n'enlève pas le caractère indispensable d'une **information orale**. Comme le souligne justement Miriam, si l'information orale est faite trop superficiellement, l'information écrite s'en retrouve inefficace : « *Le côté « je donne des plaquettes où c'est écrit », ça marche pas.* ». Il s'agit en effet d'un point abordé par la HAS en 2012 dans son article de recommandations de bonnes pratiques concernant la délivrance de l'information à une personne sur son état de santé (16) et par la SFAR en 2007 dans ses recommandations sur les blocs péri médullaires chez l'adulte(18) : l'information écrite doit être couplée à l'information orale mais ne la remplace pas, elle la complète afin que la personne puisse s'y référer ultérieurement ou en discuter avec un tiers.

Par ailleurs, il se dégage de nos entretiens un désir d'être rassuré en anténatal à propos de l'intervention que constitue l'APD. En effet, comme on a pu le voir, les femmes sont nombreuses à craindre une pose douloureuse du cathéter, une gêne, un inconfort, voire un certain traumatisme :

« *On sait que c'est une procédure à risque, on le sait déjà en fait. J'avais plutôt envie d'être rassurée sur les bienfaits et l'importance que ça avait.* » (Laura)

Il semble donc important que la transmission de l'information soit faite dans un **climat rassurant**. Parmi les femmes de l'enquête, 3 nous évoquent un élément simple étant de nature à rassurer, à savoir la très haute proportion de parturientes utilisant cette technique comparativement à la très faible proportion de complications.

3.3. L'impact de l'information sur le vécu de l'accouchement

Pour résumer, dans le cadre de notre premier objectif secondaire (identifier les éléments que les femmes auraient souhaité connaître avant le jour de l'accouchement à propos du déroulement pratique du travail sous APD), nous pouvons dire que les femmes de notre enquête sont demandeuses, d'une part, d'une **information honnête sur le soulagement des douleurs**, à savoir qu'il est le plus souvent satisfaisant mais qu'il nécessite un certain délai d'attente et que des échecs ou imperfections peuvent exister ; et d'autre part, d'**explications claires sur les capacités motrices et sensorielle** sous APD, à savoir l'alitement nécessaire, la persistance, en principe, de sensations et d'une mobilité relative sur le lit, ainsi que l'existence de possibles diminutions des sensations, capacités motrices ou de l'envie de pousser. Les avis sont moins tranchés en ce qui concerne l'information sur les effets indésirables classiques (démangeaisons et tremblements), qui est souhaitée par la moitié des femmes de l'étude, ou encore celle sur les sondages urinaires, souhaitée par un tiers d'entre elles.

Dans le cadre de notre deuxième objectif secondaire, nous avons tenté de comprendre le réel impact de cette information sur le vécu de l'accouchement. A ce propos, les avis sont partagés.

Pour certaines, cela est un facteur contribuant au bon vécu de l'accouchement. En effet, nous pouvons dégager de nos entretiens l'expression de plusieurs impacts positifs de cette information sur le ressenti global du travail et de l'accouchement.

En premier lieu, une information large et honnête semble être importante pour **diminuer l'angoisse** vis-à-vis du travail sous APD. Cette angoisse, évoquée par plusieurs femmes, peut être due à l'inconnu ou à des préjugés. En effet, on a pu constater à plusieurs reprises que les informations à propos du travail et de l'accouchement sous APD émanent pour beaucoup de l'entourage et, comme le dit Gwenaëlle, qu'elles ne sont relativement souvent « *pas très utiles par ce qu'elles sont juste angoissantes* ». Ceci entraîne le risque, pour reprendre des termes de Laura, d'« *avoir des préjugés et des aprioris négatifs sur l'intervention* ».

Certaines femmes considèrent donc qu'une meilleure information leur aurait permis d'appréhender plus sereinement l'accouchement et aurait ainsi impacté positivement leur vécu : « *Je pense que j'aurais été plus sereine. J'aurais eu moins peur.* » (Rachelle)

« *J'aurai eu moins peur en fait. J'aurais été plus sereine et j'aurais pu me concentrer plus sur l'accouchement, plutôt que sur « Suis-je trop sensible ? Il y a-t-il vraiment un problème ? ».* » (Corine)

De plus, des femmes décrivent un sentiment d'avoir choisi, grâce à une information honnête, le recours à l'APD en connaissance de cause, et donc finalement d'avoir pu donner un **consentement réellement éclairé**. A l'inverse, des femmes s'estimant peu informées ont le sentiment d'avoir été prises de court, comme par exemple Corine qui nous exprime ainsi son regret : « *Bah tous ces effets classiques, (...) être un peu informée de tout ça pour pouvoir choisir en meilleure connaissance de cause. Moi on m'a jute dit « c'est super t'auras pas mal ». Ok !* ».

Jeanne appuie ce point de vue en affirmant que selon elle, même s'il est probable que toutes les informations délivrées ne soit pas retenues, le fait qu'un aléa ait été évoqué au moins une fois avant qu'il ne se produise aide à mieux l'accepter :

« *Y a ce qu'il est sensé se passer, mais ça peut ne pas se passer comme prévu... C'est quand même mieux de savoir les différentes options, par ce qu'on est mieux préparé, même si on oublie, en fait, une fois qu'on nous l'a dit. Une fois qu'on est confronté à la situation on est un peu moins pris de court, et je pense que c'est plus agréable.* »

(Jeanne)

Au-delà de l'obligation déontologique qu'ont les professionnels de le rechercher systématiquement, il apparaît donc que le **consentement éclairé** soit également un facteur contribuant au bon vécu de l'accouchement.

Enfin, un autre impact important d'une information de qualité nous semble intéressant à pointer. Il transparait surtout dans l'entretien de Béatrice, mais aussi dans ceux de Jeanne et de Tina. En effet, pour Béatrice, les bonnes connaissances qu'elle avait à propos du déroulement normal du travail sous APD ainsi que des possibles aléas de ce dernier l'ont aidée à se sentir, malgré une certaine dépendance à l'équipe médicale, comme **la principale actrice de son accouchement**. Ainsi, la nécessité d'attendre avant la pose de l'APD a été vécue, selon ses termes, comme un « *challenge* » plutôt qu'une épreuve. De même, à la survenue d'une latéralisation de l'analgésie, elle n'a pas subi la situation mais a, au contraire, été en mesure de garder son calme et d'agir au mieux, et, pour reprendre ses mots, de « *gnider* » l'équipe médicale. Elle est même parvenue à vivre positivement l'insuffisance du niveau d'analgésie de son APD, tirant une satisfaction du travail accompli : « *Je prenais aussi, je vais pas dire plaisir, mais à me dire que j'arrivais aussi à gérer le truc. Y avait un côté « bon ça marche pas, mais en même temps ça adoucit et j'ai quand même du boulot à faire ».* ».

A travers les témoignages de Jeanne et de Tina, on a également pu constater que de bonnes connaissances sur les effets pratiques de l'APD menaient à une meilleure gestion de l'analgésie, conduisant les femmes à mener leurs efforts expulsifs de manière plus autonome. Jeanne nous décrit ainsi avec enthousiasme son sentiment « *d'avoir participé* » à proprement dit à son

accouchement, d'avoir « *une pleine capacité à raconter ce qu'il s'est passé* ». A l'inverse, Tina regrette d'avoir été totalement dépendante de l'équipe médicale : « *Je sentais pas du tout et c'est pas du tout agréable par ce que on n'est pas préparée nous même quand il y a une contraction.* ».

On peut donc penser, à la lumière de ces exemples, qu'être averti au maximum du déroulement pratique du travail sous APD puisse aider une femme à intégrer le caractère central de son rôle et à le saisir pleinement malgré l'intervention du corps médical, favorisant ainsi son

Empowerment.

Le paragraphe précédent nous démontre des répercussions positives de l'information sur le vécu de l'accouchement. Cependant, il nous faut constater qu'au sein de notre échantillon, bien que la plupart des femmes affirment qu'elles auraient apprécié de plus amples informations à propos du déroulement pratique du travail sous APD, la majorité pense que ces dernières n'auraient pas fondamentalement amélioré leur vécu global de l'accouchement.

En effet, il a souvent été exprimé que les éléments découverts sur le moment ont constitué de bonnes surprises (ex : conservation des sensations), et que même dans le cas où ils occasionnent un désagrément (ex : délai d'attente, sondage urinaire, tremblements, prurit...), ils se retrouvent finalement occultés par le soulagement des douleurs. Valérie résume une pensée partagée par plusieurs en disant, à propos de l'APD, que « *le seul truc c'est de savoir si on peut l'avoir ou pas* », et que le reste « *devient insignifiant* ». Cette opinion nous confirme par conséquent l'importance d'évoquer l'éventualité de ne pas obtenir l'analgésie attendue, dans les cas de contre-indications le jour J, d'échec, ou de dysfonctionnements.

De plus, il est avancé qu'aussi bonne l'information reçue soit-elle, il est impossible d'anticiper parfaitement les événements car il y a toujours une part imprévisible. Une information qui se voudrait trop précise serait susceptible d'engendrer des attentes trop rigides risquant de créer de la déception. Selon Laura, il est même capital pour la parturiente de comprendre qu'elle ne peut pas tout savoir, que tout ne sera pas sous son contrôle, que pour certaines situations, elle devra s'en remettre totalement à l'équipe médicale : « *Je pense que la clé c'est de se dire (...) qu'on n'est pas forcément décisionnaires pour ces questions qui relèvent parfois, dans le cas d'un danger pour le bébé, de l'avis des professionnels.* ».

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces

Notre mémoire présente la force de traiter un sujet s'adressant à une très large part des sages-femmes françaises. En effet, dans notre pays à l'heure actuelle, près de 80% des patientes prises en charge par des sages-femmes bénéficient ou bénéficieront d'une péridurale pour leur accouchement. Les conclusions tirées (éléments semblant faire défaut dans l'information, pistes proposées pour améliorer cette dernière) sont donc susceptibles d'intéresser toute sage-femme pour sa pratique quotidienne, aussi bien en anténatal, au cours du suivi de grossesse ou de séances de PNP, que pendant le suivi du travail.

Notre étude présente l'originalité de s'attacher tout particulièrement à l'aspect concret de l'APD, c'est-à-dire au déroulement pratique du travail sous APD et à ce que la femme vit durant son travail.

La méthodologie choisie (l'entretien semi-directif individuel) ainsi que la qualité de la grille d'entretien nous ont permis d'analyser finement le sujet traité et de nous enrichir d'éléments spontanément évoqués par les femmes.

Ces 2 derniers points apportent une plus-value par rapport à d'autres études évaluant l'information donnée aux femmes sur l'APD (24) (40), ou l'information qu'elles souhaiteraient avoir (30–33). En effet, ces études ont été menées selon une méthodologie quantitative, par questionnaire, et ont traité l'ensemble de l'information à propos de l'APD. Il y a été abordé à la fois les avantages, les complications modérées et sévères, laissant souvent peu de place au déroulement pratique du travail.

Notre étude, concentrée sur le déroulement pratique du travail sous APD, a permis d'approfondir le sujet et apporte donc un complément intéressant. De plus, l'utilisation d'entretiens semidirectifs a permis de recueillir des réponses plus développées que celles obtenues par questionnaire.

Ainsi, l'expérience individuelle s'inscrit dans l'expérience collective et la complète, permettant au corps médical de répondre plus finement aux besoins des femmes.

1.2. Limites

Les opinions et ressentis recueillis dans notre étude reflètent l'état d'esprit de quelques femmes seulement et à un instant précis, dans des conditions qui pour certaines sont propres à la maternité de Port Royal : utilisation de PCEA et pose de l'APD par un interne en anesthésie. Ils ne peuvent donc pas être considérés comme généralisables.

Il nous faut également reconnaître un biais évident de mémorisation vis-à-vis de l'information reçue en anténatal. Notre sujet impliquait d'interroger les femmes à propos de leurs représentations initiales sur le travail sous APD, ce qui nous a amené à rechercher quelles informations elles avaient reçues et comment. On comprend donc aisément que des éléments puissent être ignorés non pas par défaut d'information mais simplement par oubli. Ce biais a d'ailleurs été souligné par plusieurs des femmes de notre enquête.

Enfin, notre sujet impliquait également d'interroger les femmes sur l'importance qu'elles accordaient à la connaissance préalable de telle ou telle information concernant le travail sous APD. Certaines femmes n'ont parfois pas été en mesure de répondre de par la difficulté d'estimer l'importance d'être informée ou non sur un effet indésirable lorsque celui-ci n'a pas été personnellement expérimenté. Il s'agit là encore d'un biais évoqué par les enquêtées :

« J'ai été au courant, mais... comme j'ai pas été concernée, je peux pas trop juger. » (Miriam)

« Peut-être que si j'avais eu moins de chance, que ça avait moins bien marché je vous aurais dit « Oui j'aurais bien voulu le savoir », mais là comment j'ai pas eu de soucis... » (Valérie)

2. Retour sur les hypothèses de départ

La **première hypothèse** était la suivante : Les femmes méconnaissent la réalité pratique d'un travail sous APD.

Par certains aspects, les femmes idéalisent le travail sous APD : elles ignorent souvent les risques d'imperfection de l'analgésie et les effets indésirables classiques et ne prennent pas toujours la pleine mesure de la limitation d'autonomie engendrée par l'APD (sondages urinaires, limitation des mouvements, plus grande dépendance à l'équipe médicale...). Cependant, elles ont aussi facilement tendance à se le représenter comme inconfortable voire dangereux. En effet, la mise en place de l'analgésie est très redoutée et une insensibilisation totale ainsi qu'un bloc moteur systématique sont souvent craints.

On peut également noter que les implications pratiques de l'APD pouvant sembler basiques et étant le plus souvent connues, comme par exemple le respect d'un laps de temps variable avant la pose puis l'efficacité de l'APD ou l'ailleurs obligatoire une fois celle-ci réalisée, ne sont pas nécessairement évidentes pour toutes les femmes.

Pour conclure, bien que les degrés de connaissances varient manifestement d'une femme à l'autre aussi bien dans notre échantillon que dans la population générale, notre recueil semble nous permettre de valider notre première hypothèse.

La **deuxième hypothèse** était la suivante : Les femmes souhaitent être mieux informées en amont de l'accouchement sur la réalité pratique d'un travail sous APD.

Plusieurs des informations considérées comme capitales à ce propos étaient majoritairement connues des femmes. Il s'agit notamment du délai d'attente avant la mise en place de l'APD, de l'alitement nécessaire et des risques d'un dosage trop important, entraînant diminutions des sensations, de la liberté de mouvement et de l'envie de pousser. Ces informations ont effectivement été regrettées par les quelques-unes n'en ayant pas eu connaissance.

Malgré cela, on constate que dans l'ensemble, les femmes souhaitent que le corps médical informe davantage sur le déroulement pratique d'un travail sous APD, et ce principalement afin d'avoir des informations valides qui soient de nature à les rassurer sur l'intervention, pour contrer les représentations effrayantes facilement forgées par les témoignages de l'entourage. Il ressort également un désir global d'être informé avec plus de clarté sur les possibles dysfonctionnements de l'analgésie, souvent méconnus. Pour ce qui est du reste, il est plus ardu de dégager des tendances nettes. Par exemple, être prévenue des effets indésirables classiques de l'APD tels que le prurit ou les tremblements est considéré comme inutile par une moitié de nos enquêtées, alors que l'autre y accorde une importance, qui pour certaines est primordiale. De même, l'information sur les sondages urinaires, jugée négligeable par la majorité, est pourtant d'une haute importance pour quelques-unes.

En conclusion, bien que les femmes ne soient évidemment pas toutes en accord sur le degré de détail à connaître en amont sur le déroulement pratique d'un travail sous APD, nous pouvons globalement considérer que la deuxième hypothèse est validée.

Enfin, la **troisième hypothèse** était la suivante : Les femmes considèrent qu'une meilleure information à propos du déroulement pratique du travail sous APD améliorerait le vécu de leur accouchement.

On a pu faire ressortir des témoignages des femmes qu'une bonne information sur le déroulement pratique du travail sous APD est susceptible de diminuer leur angoisse, de leur faire plus facilement accepter de potentiels aléas le cas échéant, et de leur donner un sentiment de plus grande maîtrise sur le travail et l'accouchement, favorisant ainsi leur rôle central dans ces derniers. Cela pourrait donc nous orienter vers une validation de notre troisième hypothèse. Cependant, dans la pratique, et malgré un souhait général d'information plus poussée, les femmes estiment majoritairement qu'une meilleure information n'aurait pas amélioré leur vécu global de l'accouchement. En effet, les découvertes fortuites le jour même de l'accouchement ont souvent

été de bonnes surprises, notamment en ce qui concerne la relative facilité de la pose de l'APD et la conservation d'une certaine mobilité. Dans le cas contraire, les désagréments occasionnés étaient en général largement compensés par l'avantage considérable du soulagement des douleurs, et étaient adoucis par les explications données pas à pas par l'équipe médicale.

Finalement, bien que certaines femmes estiment effectivement qu'une meilleure information aurait amélioré leur vécu de l'accouchement, l'hétérogénéité des avis sur la question ne nous permet pas de confirmer notre troisième hypothèse.

3. Propositions

A l'issue de notre étude, nous pouvons émettre plusieurs propositions.

Il semble important de s'efforcer de **donner une information la plus complète possible** à propos du déroulement pratique du travail sous APD afin de permettre une prise de décision en réelle connaissance de cause et de limiter les déceptions. Ceci rejoint une proposition émise par le Ciane en 2013 dans le dossier « Douleur et accouchement »(23), où il est suggéré d'offrir une information plus complète sur les limites de l'APD afin de permettre un choix plus éclairé et donc une meilleure satisfaction.

Au vu de nos résultats, il paraît essentiel d'informer davantage sur les possibles échecs ou insuffisance d'efficacité de l'APD, et d'exposer clairement le niveau de capacités motrices et sensorielles attendu sous APD (alitement, conservation des sensations et d'une mobilité relative sur le lit, risque de diminution de l'envie de pousser...). Malgré la nécessité d'informer les femmes sur les limites de l'APD, il semble tout aussi important de **tenir un discours rassurant** vis-à-vis de cette intervention (taux très élevé d'utilisation par les parturientes, taux très faible de complications, simplicité du geste le plus souvent, satisfaction élevée des femmes...).

Cette information, à la fois honnête et rassurante, est indispensable pour donner une référence claire et fiable et ainsi déconstruire les idées souvent fausses, ou du moins excessives, véhiculées par les témoignages divers issus de l'entourage ou d'internet.

De cette première proposition découle et dépend la suivante : les professionnels se doivent de **mettre en garde les femmes contre les informations non validées** qu'elles sont susceptibles de trouver sur internet ou de recevoir de la part de leur entourage. Il serait donc important de leur conseiller de se référer aux données apportées par les professionnels. Il ne s'agit pas de disqualifier tous les témoignages issus de l'entourage, mais plutôt d'inviter les femmes à prendre du recul sur ces derniers et ainsi de comprendre qu'ils ne concernent qu'une personne précise dans un contexte particulier.

La personne la plus à même d'informer les femmes sur le sujet est l'anesthésiste. Compte tenu de la durée restreinte de la consultation d'anesthésie, les réunions collectives sur l'APD animées par un anesthésiste semblent être l'alternative idéale pour réaliser cette information. En effet, l'information qui y est délivrée est assez large et de bonne qualité. Malheureusement, au sein de notre échantillon, seule 1 femme en a profité, les autres expliquant qu'elles n'en ont pas entendu parler ou qu'elles ont choisi de ne pas y aller en raison du nombre déjà important des autres rendez-vous. Devant ces constatations, nous pouvons proposer de **favoriser ces réunions collectives d'information** en améliorant la communication autour de ses dernières, en insistant auprès des femmes sur leur importance et leur qualité et, dans la mesure du possible, en les rendant plus fréquentes.

Il appartient également aux sages-femmes de participer à l'information sur l'APD. En effet, elles ont entre autres pour rôle de préparer les femmes au travail et à l'accouchement, lesquels se déroulent, pour près de 80% des femmes en France, sous APD. Pour cela, elles pourraient **enrichir le contenu de leurs séances de PNP en matière d'information sur l'APD.**

Deux des femmes de notre échantillon, ayant traversé une ou plusieurs périodes d'hospitalisation au cours de leur grossesse, nous ont permis de repérer que l'information au sujet de l'APD s'en est retrouvée appauvrie. En effet, leur consultation d'anesthésie, réalisée dans l'urgence, accordait encore moins de place à l'information qu'une consultation prévue. Ceci est vrai pour notre sujet précis, mais il peut le devenir plus largement pour tous les thèmes théoriquement abordés en séance de PNP si une hospitalisation prolongée empêche d'y assister. Ceci nous conduit à proposer une **vigilance particulière vis-à-vis de l'information faite aux femmes hospitalisées.**

Enfin, comme le soulignent plusieurs femmes de notre étude, les **informations délivrées en temps réel** tout au long du travail et **l'accompagnement attentif** par l'équipe soignante sont capitaux. Ces derniers sont indispensables pour rappeler ou compléter l'information délivrée en amont de l'accouchement, ainsi que pour adoucir une éventuelle déception (insuffisance d'efficacité, effets indésirables...). Cette proposition rejoint à nouveau l'une de celle du Ciane en 2013(23).

CONCLUSION

On a pu voir que les femmes rapportent globalement un décalage entre leurs représentations initiales sur le travail sous APD et la réalité de leur expérience. Il existe en un sens une idéalisation de l'APD dans la mesure où sont souvent ignorés les risques de dysfonctionnement de l'analgésie, les effets indésirables classiques ou encore la limitation de l'autonomie pouvant être engendrée par l'APD. Parallèlement, on observe que les femmes ont souvent tendance, à l'inverse, à se représenter l'APD de manière négative, en craignant une pose très douloureuse, un bloc moteur systématique, une perte de toute sensation ou un inconfort voire un traumatisme. Ces représentations, binaires et excessives, semblent prendre leur origine principalement dans les témoignages apportés par l'entourage ou cherchés sur internet. Ces témoignages, ayant effectivement tendance à osciller entre les extrêmes positifs et négatifs, constituent la principale source d'information à propos de l'APD, dominant l'information médicale, selon les femmes de notre enquête.

Ceci nous amène naturellement à proposer une information plus complète de la part du corps médical en amont de l'accouchement sur le déroulement pratique du travail sous APD, et parallèlement à mettre les femmes en garde contre les informations non validées qu'elles risquent de recevoir par l'entourage ou internet. D'une part, il paraît important d'être transparents sur les aspects potentiellement déplaisants du travail sous APD afin de permettre un choix réellement éclairé. D'autre part, il semble tout aussi capital de tenir un discours rassurant afin de diminuer l'angoisse facilement présente en amont d'un accouchement sous APD.

Le format le plus adapté pour cette information semble être une réunion d'information collective dédiée à l'APD et animée par un anesthésiste. De telles réunions existent d'ores et déjà dans plusieurs maternités, y compris celle de notre étude (1 fois par mois). Cependant, seule une femme parmi nos enquêtées y a assisté, les autres n'en ayant pas entendu parler ou l'ayant jugée d'une importance secondaire. Ces réunions devraient donc être favorisées autant que possible, par une meilleure visibilité, une explication plus marquée de leur intérêt et si possible une fréquence accrue. Il appartient cependant aussi aux sages-femmes de participer à cette information en enrichissant les séances de PNP en matière d'information sur l'APD.

Il nous a également été fortement exprimé par les femmes de notre enquête que l'information donnée en temps réel tout au long de l'accouchement est primordiale pour compléter ou rappeler celle faite en anténatal et pour contribuer à l'accompagnement psychologique de la parturiente. Cette information en temps réel devrait donc être une priorité pour les soignants en salle de naissance.

Nous nous étions également fixé comme objectif de tenter d'estimer l'impact de l'information à propos du déroulement pratique du travail sous APD sur le vécu de l'accouchement. Il a pu être identifié qu'une information large et honnête à ce propos pouvait

avoir plusieurs impacts positifs sur le vécu de l'accouchement. Il apparaît en effet qu'elle permette une diminution de l'anxiété, une acceptation facilitée d'éventuels aléas et un sentiment de plus grande appropriation de son accouchement. Les avis ne sont cependant pas tous convergents puisque la majorité des femmes, malgré un souhait général d'une meilleure information, estime que de cette dernière n'aurait pas amélioré leur vécu global de l'accouchement. Beaucoup déclarent en effet que les éléments méconnus et découverts sur le moment étaient d'une importance négligeable face à l'avantage apporté par le soulagement des douleurs et étaient assez facilement acceptés grâce aux explications de l'équipe médicale.

Pour une meilleure représentativité, une étude similaire sur une population plus importante pourrait être menée. Nous pourrions également envisager une étude interrogeant des femmes à la fois en anténatal et en post natal, s'affranchissant ainsi davantage du biais de mémorisation évoqué précédemment.

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Inserm [Internet]. 2011 [cité 11 janv 2016]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14305>
2. Morel M-F. Histoire de la douleur dans l'accouchement [Internet]. Société d'Histoire de la Naissance. 2012 [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
3. Klairmont Lingo A. Une femme parmi les obstétriciens du XVIIe siècle : Louise Bourgeois [Internet]. Société d'Histoire de la Naissance. 2008 [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoirenaissance.fr/spip.php?article4>
4. Frölich MA, Caton D. Pionners in Epidural Needle Desigh. *Anesth Analg.* 2001;93:215 . 20.
5. Blondel B, Supernant K, Mazaubrun C du, Bréart G. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. /data/revues/03682315/00350004/373/ [Internet]. 10 mars 2008 [cité 1 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/117919>
6. Mercier J-F. Votre patiente va avoir une peridurale pour son accouchement. *MAPAR 2000.* 2000;806 . 20.
7. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Analgésie et anesthésie obstétricales. Univ Médicale Virtuelle Francoph [Internet]. 2011 2010 [cité 19 sept 2016]; Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/anesthesie_obstetrique/site/html/cours.pdf
8. PCEA (cathéter périmerveux) | InfoAnesth [Internet]. [cité 19 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.infoanesth.fr/content/pcea-pcea-catheterperinerveux>
9. SFAR. Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique.
10. Freitas VD. Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen [Internet] [Mémoire de sagefemme]. Université de Rouen; 2008 [cité 29 août 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00665975/document>
11. Boulay G, Mercier FJ, others. Gestion d'une peridurale inefficace au cours du travail. *MAPAR 2000.* 2000;57 . 65.
12. Moen VMD, Dahlgren NMD, Irestedt LMD. Severe Neurological Complications after Central Neuraxial Blockades in Sweden 1990-1999. *Anesthesiology.* oct 2004;101(4):950 . 9.

13. Cook TM, Counsell D, Wildsmith J a. W. Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists†. *Br J Anaesth*. 2 janv 2009;102(2):179 - 90.
14. Crespo S, Beaussier M. Mise au point: Incidence et prévention des complications sévères liées à la péridurale. *Epidemiol Prev Sev Complicat Relat Epidural Anaesth Engl*. 1 avr 2012;16:86 - 93.
15. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
16. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé : recommandation de bonne pratique. *Droit Déontologie Soins*. 2012;12(4):445-459.
17. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
18. SFAR. Les blocs périmédullaires chez l'adulte - Recommandations pour la pratique clinique. *Ann Fr Anesth Réanimation*. juill 2007;26(7 - 8):720 - 52.
19. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Recommandations. 2005 [cité 27 janv 2017]; Disponible sur: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.675.2792&rep=rep1&type=pdf>
20. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées - Recommandations. mai 2016 [cité 27 janv 2017]; Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes__recommandations_23-04-2008.pdf
21. L'entretien prénatal précoce - ameli-santé [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/entretien-prenatalprecoce.html>
22. La consultation d'anesthésie est un acte médical [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2016 [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://sfar.org/la-consultation-danesthesie-est-un-acte-medical/>
23. CIANE. Douleur et accouchement. avr 2013 [cité 16 déc 2015];(Dossier n° 5). Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
24. Veyrac M. Analgésie péridurale obstétricale : l'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ? [Mémoire de sage-femme]. Joseph Fourier; 2011.
25. Pires A, others. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *Rech Qual Enjeux Épistémologiques Méthodologiques*. 1997;113-169.
26. Clave P. Evolution de la perception de la douleur par les sages-femmes en France, durant les trente dernières années [Internet] [Mémoire de sagefemme]. Université de médecine de Paris Descartes; [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00874196/document>

27. Kpéa L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors A-S, Blondel B. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesth Analg*. sept 2015;121(3):759 - 66.
28. péridurale - Recherche Google [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=p%C3%A9ridurale&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=r_ChWMScO8eCkgWy_7PAAQ
29. Lahaye M-H. Les mensonges de la péridurale | Marie accouche là [Internet]. Marie accouche là. 2015 [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/06/08/les-mensonges-de-laperidurale/>
30. Pattee C, Ballantyne M, Milne B. Epidural analgesia for labour and delivery: informed consent issues. *Can J Anaesth*. 1 sept 1997;44(9):918 - 23.
31. Jackson A, Henry R, Avery N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know. *Can J Anaesth J Can Anesth*. nov 2000;47(11):1068 - 73.
32. Frohlich S, Walsh A, Tan T, Carey M. Informed Consent for Epidural Analgesia; What Standard Should Apply? *Reg Anesth Pain Med*. sept 2008;33(5, Supplement):e122.
33. Fröhlich S, Tan T, Walsh A, Carey M. Epidural analgesia for labour: maternal knowledge, preferences and informed consent. *Ir Med J* [Internet]. 29 févr 2012 [cité 15 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/213509>
34. Culture&Santé asbl. Dossier thématique - L'empowerment. mai 2014 [cité 20 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/3-pdf-ep-2009.html?download=22:dt-lempowerment>
35. Vadeconcoeur H. L'accouchement, des impacts dont on parle peu : Empowerment et traumatisme - Réflexion à partir d'une revue de la littérature [Internet]. [Québec]; 2010 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_15h40_hvadeboncoeur_accouchement-empowerment-ou-traumatisme.pdf
36. Cheyney MJ. Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qual Health Res*. févr 2008;18(2):254 - 67.
37. Chinchard-Sepeda L. Through her eyes : A case study of women's experience of pregnancy and childbirth with out-of-hospital midwifery care. California Institute of Integral Studies; 2006.
38. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med* 1982. avr 2001;52(7):1109 - 21.
39. David S. Analgésie péridurale, souhait initial ou non: vécu de l'accouchement chez les primipares [Internet] [Mémoire de sage-femme]. Clermont 1; 2013

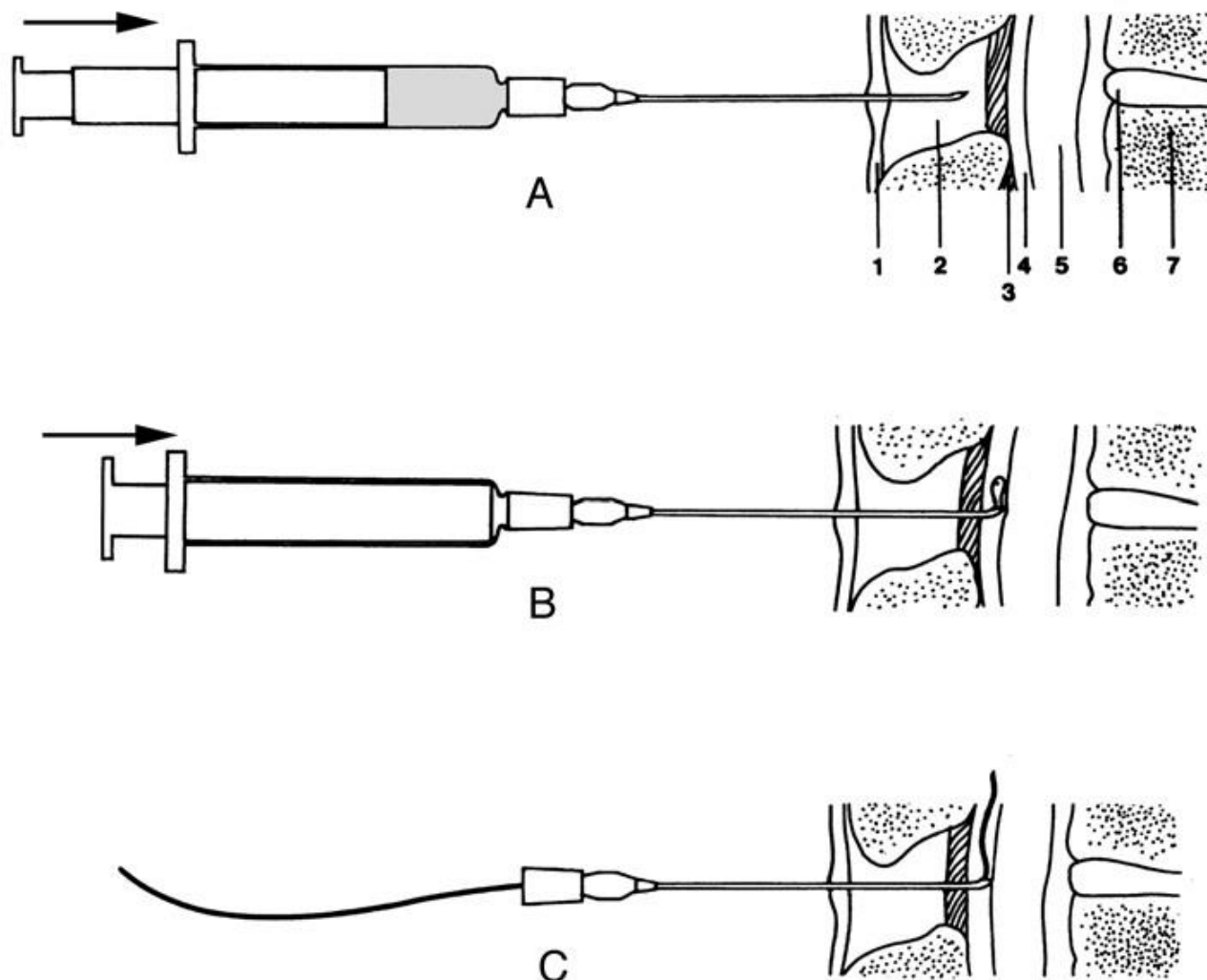
[cité 7 nov 2015]. Disponible sur: <https://hal-clermont-univ.archivesouvertes.fr/dumas-00909259/document>

40. Ceyhan M. Évaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique : enquête réalisée en suite de couche à la maternité de Vernon [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2013.

Annexes

Annexe I : Pose du cathéter de péridurale

MAPAR – Votre patiente va avoir une péridurale pour son accouchement



1. Peau et espace sous-cutané
2. Ligament inter épineux
3. Ligament jaune
4. Espace péridural
5. Liquide céphalorachidien
6. Disque intervertébral
7. Corps vertébral

Annexe II : Documents d'information sur l'APD

Documents remis à l'occasion de la consultation d'anesthésie à la maternité de Port Royal.



GRUPE HOSPITALIER COCHIN - BROCA - HOTEL DIEU
Site Port Royal
53 avenue de l'Observatoire 75004 PARIS

SERVICE D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION CHIRURGICALE (SARC)
Professeur Marc SAMAMA

Consultations d'Anesthésie Maternité Port-Royal : 01. 58. 41. 65.52

INFORMATION MEDICALE SUR LA PERIDURALE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LIEE A L'ACCOUCHEMENT

Ce document est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques.

Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner un consentement éclairé à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale, ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

1. QUELLES SONT LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR AU COURS DU TRAVAIL ?

La première partie du travail s'étend du début des contractions utérines jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus (10cm). La douleur est due à la distension du col par les contractions dont la fréquence, l'intensité et la durée sont en général croissantes.

La deuxième partie du travail correspond à la progression fœtale jusqu'à l'expulsion. La douleur pendant cette phase est liée à la distension des structures du petit bassin.

2. QU'EST-CE QUE LA PERIDURALE ET QUEL EST SON MODE D'ACTION ?

La mise en place de la péridurale est un geste médical réalisé par un Anesthésiste Réanimateur qui a pour but de bloquer la transmission nerveuse de la douleur (analgésie) provenant des nerfs utérins et du petit bassin, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de morphine.

L'injection se fait à proximité (en dessous) de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration continue de l'anesthésique.

S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale en cas de nécessité.

3. QUEL BENEFICE ATTEND-T-ON DE L'ANALGESIE PERIDURALE ?

L'absence de douleur procure un meilleur confort maternel et une meilleure concentration sur les efforts expulsifs ainsi qu'une stabilité des fonctions vitales bénéfique pour la mère et l'enfant.

La péridurale a aussi des effets bénéfiques sur le déroulement du travail en améliorant la dynamique des contractions utérines et en permettant un meilleur relâchement de l'utérus.

Enfin, la péridurale permet une prise en charge plus rapide des interventions obstétricales notamment pour saignement ou pour césarienne si besoin.



GROUPE HOSPITALIER COCHIN - BROCA - HOTEL DIEU

Site Port Royal

53 avenue de l'Observatoire 75004 PARIS

SERVICE D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION CHIRURGICALE (SARC)
Professeur Marc SAMAMAConsultations d'Anesthésie Maternité Port-Royal : 01. 58. 41. 65.52

4. COMMENT MET-ON EN ŒUVRE LA PERIDURALE ?

L'analgésie péridurale est envisagée à votre demande, mais sa réalisation doit être discutée avec l'équipe obstétrico-anesthésique.

Une consultation est réalisée par un Anesthésiste-Réanimateur dans les semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin Anesthésiste-Réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées.

Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu, dans des circonstances pouvant être considérées à risque.

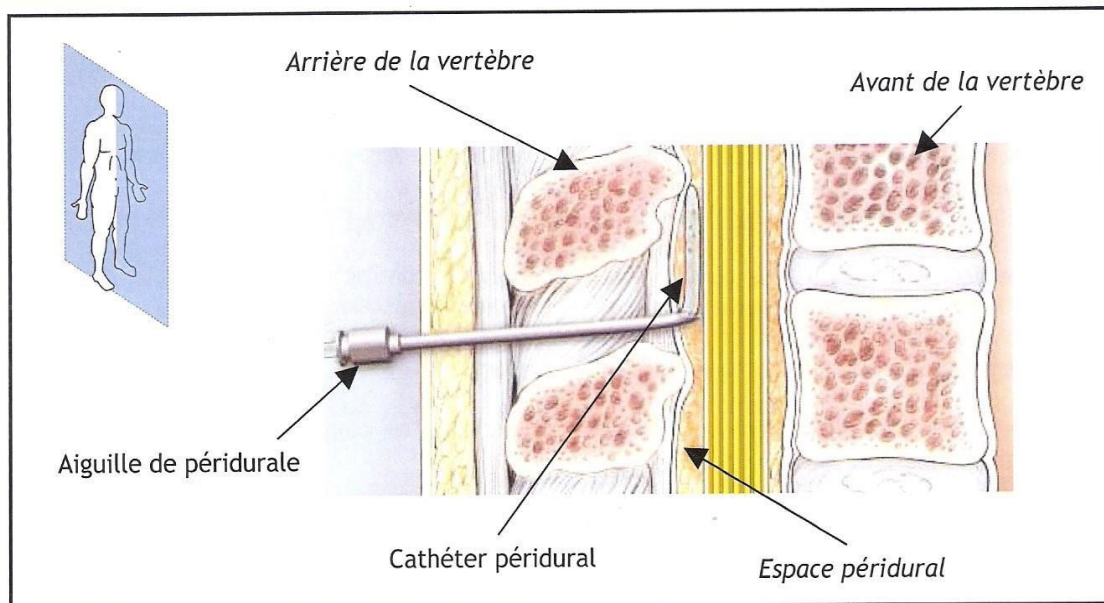
Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la seule décision de l'Anesthésiste-Réanimateur présent au moment de l'accouchement.

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

5. COMMENT SE DEROULE LA PERIDURALE ?

L'analgésie péridurale nécessite une ponction entre 2 vertèbres lombaires dans le bas du dos. Selon votre confort et les habitudes du médecin anesthésiste qui vous prendra en charge, vous pouvez être installée en position assise ou couchée sur le côté.

Pour localiser le point de ponction, l'anesthésiste palpe les parties saillantes des vertèbres lombaires. Ce repérage, très important, peut être rendu difficile en cas d'obésité ou de prise de poids importante pendant la grossesse. Le point de ponction se situe à distance de la moelle épinière.



6. QUELLES SONT LES INDICATIONS PARTICULIÈRES ET LES CONTRE-INDICATIONS DE L'ANALGESIE PERIDURALE ?

Situations particulières = indications « médicales » de péridurale :

- En raison d'un risque plus élevé d'extraction instrumentale ou de césarienne
 - Grossesse gémellaire, grossesses multiples,
 - Présentation du siège,
 - Antécédent de césarienne, etc...
- En raison d'une difficulté anesthésique antérieure ou prévisible : intubation difficile, allergies à certains médicaments de l'anesthésie.

Contre-indications :

- Refus de la patiente,
- Troubles de la coagulation sanguine ou prise d'un traitement perturbant la coagulation : héparine, aspirine etc.,
- Infection cutanée au point de ponction ou infection généralisée.
- Certaines maladies particulières ...

En cas de contre-indication de la péridurale, d'autres techniques vous seront proposées, notamment l'administration de morphinique par voie veineuse. Cependant ces alternatives sont moins efficaces.

7. EXISTE-T-IL DES ECHECS OU DES IMPERFECTIONS DE LA PERIDURALE ET QUELS SONT LES RECOURS ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

- Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de « jambes lourdes » et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésique local.

3

Annexe III : Grille d'entretien

I. Déroulé de la grossesse.

1. Comment s'est déroulée votre grossesse ?

Relances : Comment s'est-elle déroulée sur le plan médical ? Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

II. Représentations initiales de l'APD.

2. Au sein du corps médical, qui vous a informé sur la péridurale et que vous en a-t-on dit ?

Relances :

- *Sage-femme en consultation de suivi ? En préparation à la naissance ? Anesthésiste en consultation ? En réunion information ?*
- *Que vous a-t-on dit des avantages ? Des inconvénients et risques ? Du déroulement du travail ?*

3. Quelles ont été vos autres sources d'information sur l'APD et que vous en a-t-on dit ?

Relances :

- *Proches ? Internet ?*
- *Que vous a-t-on dit des avantages ? Des inconvénients et risques ? Du déroulement du travail sous péridurale ?*

4. Pourquoi souhaitiez-vous une péridurale ?

5. En quelques mots, comment imaginiez-vous cet accouchement sous péridurale ?

III. Expérience vécue.

6. Globalement, considérez-vous que votre accouchement sous péridurale se soit déroulé tel que vous l'imaginiez ?

7. Y a-t-il des éléments qui vous ont étonnée, voire déstabilisée ?

Dans un premier temps, laisser la femme s'exprimer spontanément.

Dans un second temps, poser les questions 7.1 à 7.6 en érudant les thèmes déjà développés.

Délai d'attente.

- 7.1. Est-ce que la péridurale a pu être posée au moment où vous le souhaitiez ?

Médicalisation du travail

- 7.2. Vous a-t-on surveillé la tension à intervalle régulier après la pose de votre péridurale ?

- 7.3. A-t-on eu besoin d'effectuer des sondages urinaires pendant votre travail sous péridurale ?

Sensations et mouvements.

7.4. Comment décririez-vous vos sensations et vos capacités de mouvement après la pose de la péridurale ? Relances :

- Pouviez-vous vous lever ? Marcher ? Bouger dans votre lit?
- Vos sensations étaient-elles normales ? Diminuées ? - Avez-vous eu des difficultés à pousser ?

Effets indésirables.

7.5. Votre APD a-t-elle provoqué des effets indésirables ?

Relances : Avez-vous eu des démangeaisons ? Des tremblements ?

Dysfonctionnements de l'APD.

7.6. Votre péridurale a-t-elle fonctionné correctement ? Relances :

- Avez-vous été suffisamment soulagée ?
- Avez-vous été soulagée de manière symétrique ?
- Avez-vous été soulagée tout au long du travail une fois la péridurale posée?

Rebondir sur les réponses des questions 7.1 à 7.6 en demandant :

→ Le saviez-vous ? / Vous attendiez-vous à cela ? / Saviez-vous que cela se passerait ainsi ? / Aviez-vous notion que cela était possible ?

OUI

NON

Était-ce important pour vous de le savoir avant l'accouchement?
 Si oui, pensez-vous que cette information est importante au point de pouvoir modifier le vécu de l'accouchement ?

→ Auriez-vous souhaité le savoir avant l'accouchement?
→ **Si oui**, pensez-vous que cette information est importante au point de pouvoir modifier le vécu de l'accouchement ?

8. En résumé, y a-t-il des informations que vous considérez comme importantes à recevoir en amont d'un accouchement sous péridurale et qui vous ont manqué ?
9. Pensez-vous qu'une information plus complète aurait influé le vécu de votre accouchement sous péridurale?
10. Si oui, quel aurait été le meilleur moment pour vous la donner ? (Par qui ?)

Annexe IV : Grille de recueil de données

Patiente	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	...
1 ^{er} accouchement						
1 ^{er} APD						
Souhait initial d'APD						
A terme						
AVB spontané sous APD						
Durée du W sous APD > 2 h						
Ne travaille pas dans le milieu médical						
PNP suivie. Où ?						
Age						
Origine ethnique						
Particularités de la grossesse						
Particularités de l'accouchement						
Date et heure de l'entretien						
Durée de l'entretien						

Annexe V : Explication orale de l'étude aux femmes

Je suis étudiante sage-femme et, dans le cadre de la fin de mes études, je réalise un mémoire pour lequel j'ai choisi de parler du travail sous anesthésie péridurale, et plus particulièrement de

comparer l'idée que les femmes s'en font avant d'accoucher à la réalité de ce qu'elles vivent finalement en salle de naissance.

Pour ma recherche, j'ai besoin d'effectuer des entretiens dont le but est de discuter avec des femmes du déroulement de leur accouchement et de repérer avec elles les éléments qui ont pu les étonner ou les gêner.

Je viens vers vous car je recherche des femmes qui viennent de donner naissance à leur premier enfant, avec un accouchement normal sous péridurale selon leur souhait initial, sans aucune expérience antérieure de péridurale, qui n'exercent pas une profession médicale et qui ont suivi une préparation à la naissance durant la grossesse.

Si vous correspondez bien au profil des femmes que je recherche, acceptez-vous de m'aider dans mon travail en m'accordant un entretien ?

Résumé

Introduction – Objectifs : De nos jours, en France, la grande majorité des accouchements se déroulent sous analgésie péridurale (APD). Principalement connues pour ses vertus de soulagement des douleurs de l'accouchement, l'APD comporte également des conséquences pratiques sur le déroulement du travail. En effet, une APD implique un alitement, une surveillance médicale rapprochée, la pratique de sondages urinaires, des risques de diminution des sensations et des capacités motrices etc. Par ailleurs, il arrive parfois que des effets indésirables se produisent, tels que des tremblements, du prurit, ou encore des imperfections de l'analgésie. L'objectif principal de notre étude a été de comparer les représentations des femmes sur le déroulement pratique d'un travail sous APD à la réalité de leur expérience. Les objectifs secondaires ont été de déterminer ce que les femmes souhaiteraient savoir à ce propos en amont de l'accouchement ainsi que l'impact que cette information aurait pu avoir sur leur vécu.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 primipares ayant accouché sous APD à la maternité de Port Royal à Paris entre mai et septembre 2016.

Résultats : Nous avons mis en relief un décalage global entre les représentations initiales des femmes sur le déroulement pratique du travail sous APD et la réalité de leur expérience. En un sens, le travail sous APD est idéalisé : les risques d'imperfection de l'analgésie, les effets indésirables classiques et la limitation relative d'autonomie engendrée par l'APD sont fréquemment ignorés. Par d'autres aspects, le travail sous APD est souvent perçu de manière excessivement négative, avec la crainte d'une pose d'APD traumatisante, d'une insensibilisation totale, d'un bloc moteur systématique... Dans l'ensemble, les femmes interrogées dans notre étude souhaitent une information plus poussée par les professionnels de santé, notamment en ce qui concerne les possibles dysfonctionnements de l'APD et le niveau de capacités motrices et sensorielles attendu sous APD. Ces informations pourraient contribuer à améliorer le vécu de certains aléas, à diminuer l'anxiété des parturientes, ou encore à favoriser leur appropriation de l'accouchement.

Conclusion : Une information complète et honnête sur le déroulement pratique du travail sous APD par le corps médical semble indispensable pour apporter aux femmes enceintes des données fiables sur la

question et ainsi les aider à l'appréhender de manière plus réaliste. Cette information ne peut cependant pas se substituer à celle donnée en temps réel le jour de l'accouchement.

Mots clés : Analgésie péridurale – Travail obstétrical – Information – Consentement éclairé

Abstract

Introduction – Objective: Nowadays, in France, most deliveries happen under epidural analgesia. Mainly known for its ability to relieve labor pain, the epidural also has concrete consequences on the labor's practical unfolding. For example it involves staying in bed, a closer medical monitoring, urinary catheterizations, risks of reduced sensibility or mobility etc. Side effects as shaking, itching or imperfections of the analgesia sometimes happen. Our study's main objective was to compare women's representations of the practical unfolding of a labor under epidural analgesia with what they really experienced. The others objectives were to understand what women want to know beforehand about the practical unfolding of a labor under epidural analgesia and how this information could influence what they actually experience.

Methods: We built a descriptive qualitative study in which we conducted 15 semi-directed interviews with primiparas who had given birth under epidural analgesia at Port Royal maternity in Paris between May and September 2016.

Results: We observed a global discrepancy between initial representations of the practical unfolding of a labor under epidural analgesia and the women's experiences. In some ways it is idealized: risks of imperfection of the analgesia, of side effects or of lower autonomy are often unknown. In other ways it is excessively badly perceived: women are often scared of a traumatic injection, of losing all sensations or of a systematic motor blockade. Generally, the women we interviewed wish for a deeper information from healthcare providers, especially about the possible dysfunctions of the epidural analgesia and about the level of motor and sensitive abilities expected under epidural. This information could contribute to softening possible issues, reducing parturients' anxiety or even gaining ownership over their delivery.

Conclusion: A complete and fair information about practical unfolding of the labor under epidural analgesia seems necessary to give women reliable data on this matter and as a result help them apprehending it realistically. We also should be careful about informing women in real time during the labor.

Keywords: Epidural Analgesia – Obstetric Labor – Information – Informed consent

